ROCÍO GARCÍA-VISO
@rocio.matrona

EL ARTE DE CREARTE

Desde el embarazo al parto

ESPASA

Índice

Portada
Sinopsis
Portadilla
Dedicatoria
Hay tantas maternidades como madres
PRIMER 1 MES. Nacemos con los óvulos contados
SEGUNDO 2 MES. La importancia de lo diminuto
TERCER 3 MES. ¿Dónde está la barriga?
CUARTO 4 MES. Empieza la primavera
QUINTO 5 MES. Las mariposas que vienen con la primavera
SEXTO 6 MES. La dulzura que te trae a veces el embarazo
SÉPTIMO 7 MES. La mal llamada preparación al parto
OCTAVO 8 MES. ¿El tamaño importa?
NOVENO 9 MES. ¿Por qué nacemos pronto?
EL 10 PARTO. Las olas que te llevan a la orilla
Eres la mejor madre de su mundo
Agradecimientos
Créditos

Visita Planetadelibros.com y descubre una
nueva forma de disfrutar de la lectura

¡Regístrate y accede a contenidos exclusivos!

Primeros capítulos
Fragmentos de próximas publicaciones
Clubs de lectura con los autores
Concursos, sorteos y promociones
Participa en presentaciones de libros

PlanetadeLibros

Comparte tu opinión en la ficha del libro
y en nuestras redes sociales:

Sinopsis

¿Estás esperando un bebé? ¿Tienes curiosidad por saber qué ocurre durante el embarazo y el parto?

El arte de crearte te ofrece de manera rigurosa y actualizada información útil sobre la gestación y el parto, centrándose en las necesidades reales de las madres. Además, responde a preguntas incómodas y a los miles de mitos que hay en torno a la maternidad.

Rocío García-Viso, matrona y divulgadora, te acompaña a través de estas páginas para que entiendas lo que es capaz de hacer el cuerpo de la mujer, y para que todas las miradas de la maternidad se dirijan a ti, desde la admiración y el autocuidado.

EL ARTE DE CREARTE

Desde el embarazo al parto

ROCÍO GARCÍA-VISO

@rocio.matrona

A mi madre,
que es capaz de vivir varias vidas a
la vez desde que mis hermanos y yo
latimos por primera vez en su vientre,
que cuando aún cabía en sus brazos,
le prometí no crecer nunca, y no solo
lo hice, sino que me convertí
en un vivo reflejo de su esencia.
Solo pido ser algún día
un cálido hogar
como tu cuerpo, mamá.

Hay tantas maternidades como madres

Este libro ha llegado a ti porque la maternidad te transita, te acaricia, te atraviesa. Quizás porque la desconoces, pero estás embarcada de manera incipiente en ella o quizás porque te apasiona el arte de crear vida. Para mí no es un milagro, sino un arte, porque el foco eres tú y tu poderoso cuerpo. También está en el centro de este proceso la manera en la que te miras y te cuidas.

En estas páginas quiero acompañarte en el viaje apasionante de crecer en tus fronteras a través de la curiosidad, de mi experiencia profesional, de la aportación de varios relatos personales y profesionales de otras mujeres y de la información con rigor científico. Para que, además de estar preparada para esta aventura de la vida, aunque no hacen falta libros de instrucciones, también te sientas conectada con el proceso.

Me hace mucha ilusión pensar que, algún día, te contarán un mito del embarazo y tú, lejos de asustarte o preocuparte, te acordarás de estas líneas o recurrirás a ellas.

Puede que no me conozcas y me permito este pequeño espacio para contarte cómo he llegado hasta aquí.

Recuerdo ser una niña apasionada por los bebés, una adolescente que miraba a las mujeres embarazadas con curiosidad e interés y una adulta decidida a cuidarlas. Estudié enfermería porque quería ser matrona —enfermera especialista en ginecología y obstetricia—, aunque de la enfermería también me enamoré cuando me enseñaron que para curar era imprescindible cuidar.

Soy madrileña y una enganchada a la vida familiar, lo que hizo dura la decisión de mudarme a Vigo para hacer la especialidad. Me recuerdo allí las primeras semanas pensando que solo la motivación de ser matrona era más grande que la nostalgia que sentía por estar tan lejos de mi hogar. Fueron dos maravillosos años de ser una esponja de la experiencia de las compañeras que me enseñaron sobre esta increíble profesión. De allí volví con mucha morriña y con la

firme idea de seguir formándome para ser la matrona que quería ser, por el bienestar de las mujeres que confiaran en mí en uno de los momentos más importantes de sus vidas. Desde entonces, siempre he trabajado acompañando a las mujeres y sus familias en el parto y en consulta de embarazo, posparto y lactancia.

Aún no soy madre, aunque ya sueño con ello, por eso, lo que abarcan estos capítulos no es experiencia personal, sino experiencia profesional vivida con pasión.

Es un reto que te sientas reflejada en cada párrafo de este libro que escribo con el máximo cariño, asumiendo que hay tantas maternidades como madres.

Quiero llegar a ti para agarrarte de la mano, respetando tus tiempos, tus decisiones y tu manera de ver la vida. Para darte las herramientas que te generen la confianza suficiente a la hora de tomar decisiones en tu embarazo y parto. Para que observes con amor propio tu lado más mamífero.

Déjame decirte algo si ahora estás gestando, ya eres su mejor madre. La mejor madre de su mundo porque antes de conoceros ya te interesas por lo que está pasando mientras compartís la piel y por el futuro próximo de traerlo al otro lado.

Que empiece el viaje.

PRIMER 1 MES

Nacemos con los óvulos contados

Quizás no sabías esto, pero el ovocito —así se llama a los óvulos en las fases previas a su maduración— que dio lugar a quién eres ahora mismo estuvo en el vientre de tu abuela cuando gestó a tu madre. Parece rocambolesco, sin embargo, es tan sencillo como curioso.

Todas las mujeres nacemos con una cantidad finita de ovocitos inmaduros en los ovarios que han sido creados en la etapa fetal. En total suman más de un millón al nacimiento y van reduciéndose progresivamente con el paso de los años. De manera que en la pubertad tenemos alrededor de cuatrocientos mil o quinientos mil ovocitos.

En cada ciclo menstrual se desarrollará un ovocito para convertirse en óvulo y «prestarse» a la fecundación. Si esta no sucede, ese se desintegrará y acontecerá la menstruación, comenzando así un nuevo ciclo. De todos los ovocitos con los que nacemos solo cuatrocientos o quinientos llegan a ovulación, el resto degenerará en el camino.

El período más fértil de la mujer abarca desde los dieciséis hasta los treinta años, porque tanto la cantidad como la calidad de los ovocitos es la óptima. La llamada reserva ovárica es el número de óvulos que tienes en un momento concreto y es importante a la hora de lograr embarazo.

La edad es un factor determinante para el descenso progresivo de esta reserva hasta su completo agotamiento cuando llega la siguiente etapa de la vida reproductiva de la mujer, llamada menopausia.

Hay más factores externos que también pueden afectar a dicha reserva, como son algunos tratamientos quirúrgicos, radiológicos o quimioterápicos, el estrés, la obesidad, ciertas patologías o infecciones pélvicas y la exposición a tóxicos, entre otros. A pesar de todo esto recuerda que para quedarte embarazada solo necesitas un ovocito.

Se suele hablar del instinto maternal como un impulso de las mujeres en edad fértil por tener un hijo, la mayoría de las veces a modo de «proyecto vital» que se acerca. En realidad, eso habla más del deseo que del instinto.

El instinto materno existe, y su fundamento está en una hormona protagonista en el amor, el placer, la calma, el parto y la lactancia. Esta hormona es la oxitocina y te contaré con más detalle sobre ella cuando hablemos del parto.

El instinto materno es lo que ocurre en las hembras mamíferas cuando nace su cría en un ambiente en el que se sienten seguras. Es importante este último matiz porque si no es así, prevalece el instinto de supervivencia por encima del materno y entonces los niveles altos de oxitocina se retrasan.

En este punto me gustaría que cambiases por un momento la mirada y te sintieses a partir de ahora lo suficientemente mamífera como para entender muchísimos de los procesos de maternidad que vas a sentir, pero no vas a poder explicar desde la razón.

Las mamíferas sentimos ese impulso —llamado instinto materno — por proteger a nuestras crías cuando, en contacto con ellas tras el nacimiento, sentimos que están indefensas y nos necesitan para sobrevivir. Pero el instinto no solo es materno. Esta maravillosa hormona es capaz de crecer en todas las personas que se vinculan estrechamente al bebé, aunque algunas necesitan más tiempo que otras para alcanzar dichos niveles de oxitocina.

> *El ovocito que dio lugar a quién eres ahora mismo estuvo en el vientre de tu abuela cuando gestó a tu madre.*

Está científicamente comprobado que los niveles de oxitocina crecen en el padre, en los hermanos, abuelos y, por supuesto, también en las familias adoptivas, pues este instinto no tiene por qué estar relacionado de manera directa con el parentesco biológico.

¿Y cuándo se empieza a ser madre? A veces ocurre cuando comienzas la búsqueda de gestación, cuando ves el test positivo,

cuando se escucha el latido fetal, en la primera ecografía, cuando empieza a asomar la tripa, con las primeras patadas, cuando nace, cuando le conoces y te reconoces… Ser madre es muchas cosas más que gestar y parir. Más adelante te hablaré sobre los cambios en el cerebro que ocurren en la mujer cuando es madre, pero en este punto quiero tratarlo desde la emoción y la sensación. También quiero que sepas que puedes empezar a ser/sentirte madre antes o después que las mujeres de tu entorno, incluso antes o después de tu embarazo, más allá de lo biológico. Así se es/siente ser madre, por ejemplo, en la tribu himba.

> Hay una tribu africana del desierto de Namibia llamada himba donde la fecha del nacimiento de las personas no se toma como el día que nacieron y tampoco por el momento en el que fueron concebidos ni por el día del bautismo. En la tribu himba los niños empiezan a sumar días, meses o años de «vida» desde el día en que fueron «pensados» por su madre. De esta manera hay niños que nacen y crecen con varios años de vida antes del parto.
> El día que la mujer piensa por primera vez en ese hijo se sienta sola bajo un árbol y se concentra hasta sentir cuál será la canción del niño que «quiere nacer». Después la comparte con el hombre que será el padre biológico y la cantan mientras comienzan a concebirlo.
>
> Cuando la mujer está embarazada, enseña la canción del bebé que espera a toda la tribu para poder cantarla y darle la bienvenida cuando nazca. Tanto la fecha en la que su madre le pensó por primera vez como la canción le acompañarán toda su vida.
>
> En esta tribu no es tan importante la edad desde el nacimiento del niño, sino el momento en el que floreció ese sentimiento en el cuerpo de una mujer que se sentía madre antes de concebirlo.

La visita preconcepcional

La búsqueda de embarazo idealmente comienza con una visita preconcepcional a tu matrona o ginecóloga de referencia. En esta se hace un examen de salud general y ginecológico con el fin de asegurar que tu estado físico en ese momento es adecuado para el embarazo.

Hay ciertas vitaminas y nutrientes especialmente importantes en la etapa preconcepcional y en la gestación para el desarrollo del bebé. De ahí el interés de la individualización de las necesidades de suplementos alimenticios para asegurar su aporte. Las vitaminas y los

nutrientes en la etapa preconcepcional y embarazo son:

ÁCIDO FÓLICO, FOLATO O VITAMINA B9

Es necesario para la síntesis de ADN y la producción de células en las primeras semanas. También interviene en el desarrollo del sistema nervioso central del feto y en el cierre de la columna. Su déficit también se asocia al aborto y a la depresión posparto. Por estos motivos los requerimientos de esta vitamina están aumentados en la búsqueda del embarazo, durante el mismo, e incluso en los primeros meses del posparto. Está presente en alto contenido en algunos alimentos antes de cocinarlos como las verduras de hoja verde, legumbres y frutos secos, entre otros. Aun pudiendo encontrarlo en algunos alimentos, el ácido fólico es el suplemento más importante en el embarazo y es recomendable tomarlo en su forma activa porque con mayor probabilidad es utilizado por el organismo.

Formas y cantidades: folato activo (L-metilfolato, Metafolin o Quatrefolic): 400 mg/día preconcepcional —tres meses antes aproximadamente— y 600 mg/día durante el embarazo. Si hay factores de riesgo como diabetes, antecedentes de defectos del tubo neural o en tratamiento con anticonvulsivantes la dosis recomendada es más alta, alrededor de 5 mg/día de folato activo —5.000 µg/día—.

VITAMINA B12 O COBALAMINA

Unos niveles adecuados disminuyen el riesgo de defectos del sistema nervioso central del feto. Es posible encontrarla en el pescado, la carne roja, la carne de aves, los huevos y la leche entre otros. Si no se consumen este tipo de alimentos y se sospecha o confirma el déficit de esta vitamina es importante valorar la suplementación de la misma.

Formas y cantidades: 2-6 mg/día.

El ácido fólico es el suplemento más importante en el embarazo y es recomendable tomarlo en su forma activa porque con mayor probabilidad es utilizado por el organismo.

VITAMINA D

Es muy común encontrar niveles bajos de esta vitamina en las mujeres y es importante tener unos adecuados preconcepcionales por su implicación en la fertilidad.

En el contexto del embarazo su déficit se asocia a complicaciones obstétricas relacionadas con la tensión arterial, la diabetes y la alteración del crecimiento intrauterino.

La vitamina D se obtiene, fundamentalmente, de la exposición directa al sol, si bien demasiado sol puede llevar al envejecimiento e incrementar los riesgos de cáncer de la piel. A través de la dieta también se puede favorecer el aumento de vitamina D, que encontramos en los lácteos, algunos pescados y el huevo, entre otros. En caso de deficiencia antes o durante el embarazo es recomendable un suplemento de esta vitamina adecuado a tus necesidades.

Formas y cantidades: D3 o colecalciferol.

- Si los niveles de la analítica son normales: 600 UI/día.
- Si desconocemos los valores analíticos: 4.000 UI/día.
- En caso de déficit analítico (< 20 mg/dl): 4.000-6.000 UI/día.

CALCIO

Mineral esencial para la formación de los huesos y, además, es fácil de obtener niveles adecuados a través de la dieta, asegurando el aporte de alimentos ricos en calcio —tres raciones al día—. Puedes encontrarlo en alimentos como los lácteos, las sardinas, el huevo, los frutos secos y algunas frutas.

YODO

Un nutriente implicado en el correcto funcionamiento del tiroides de la madre cuyo déficit puede generar también alteraciones neurológicas en el bebé. En la gestación aumentan los requerimientos de este mineral. Se pueden conseguir niveles adecuados a través de la alimentación si, en los dos años previos a la gestación, se han consumido diariamente al menos tres raciones de leche o derivados, pescados, mariscos o huevo junto con sal yodada de uso diario.

Es también importante puntualizar, que su exceso puede resultar perjudicial y puede darse en el caso del consumo de algas tipo wakame o nori, pues un gramo de estas algas equivale a cinco veces más del límite de yodo diario recomendado. En caso de no cubrir estas necesidades a través de la dieta, es recomendable valorar la suplementación.

Cantidades: 100-250 mg/día.

OMEGA 3 DHA

Tiene un papel importante en la fertilidad porque mejora la calidad del ovocito y la implantación. En el embarazo favorecen el desarrollo cerebral y del sistema inmune del feto y su déficit está relacionado con el parto prematuro. Se puede encontrar en alimentos como el pescado azul, las nueces, las semillas de lino, la quinoa o el aguacate, entre otros. Si no se consume adecuadamente de forma habitual se puede suplementar.

Formas y cantidades: 1 g/día si no se consume a través de los alimentos.

HIERRO

El embarazo es una etapa susceptible de tener anemia por los cambios cardiovasculares de la madre y, por tanto, aumentan las necesidades de hierro para poder formar glóbulos rojos. Es especialmente importante a partir del segundo trimestre. En ocasiones basta con tomar alimentos ricos en hierro como carne, pescado, verduras, legumbres y frutos secos —el hierro se absorbe mejor si acompañas estos alimentos de otros ricos en vitamina C—, pero en las mujeres con anemia o bajas reservas de hierro se recomienda la suplementación.

Formas y cantidades: 30-60 mg/día. Si se toma en forma de suplemento, hazlo preferiblemente entre comidas junto con vitamina C —cítricos—, y evita tomarlo con leche para favorecer su absorción.

MAGNESIO

Favorece la regulación hormonal, el crecimiento fetal y mejora la resistencia a la insulina de la mujer embarazada. Está presente en alimentos como las verduras de hoja verde, el aguacate o los frutos secos, entre otros. Gran parte de la población tiene déficit de este mineral, por lo que muy a menudo es aconsejable la suplementación.

Formas y cantidades: bisglicinato de magnesio 250-600 mg/día.

Preparar un embarazo sano

¿Si estás buscando el embarazo debes comportarte como si lo estuvieras? La respuesta más prudente es sí. Lo más adecuado es que durante el período de búsqueda de gestación sigas las recomendaciones de autocuidado propias del embarazo, tales como:

- Iniciar una suplementación individualizada o, al menos, de ácido fólico activo y yodo, tal y como está desarrollado en el epígrafe anterior.
- Revisar antecedentes personales con tu médico y evitar tratamientos incompatibles con el embarazo.
- Evitar viajar a zonas que puedan generar situaciones de peligro para el embarazo, tales como lugares que requieran vacunas que puedan poner en riesgo el desarrollo fetal —de virus vivos atenuados como la fiebre amarilla— o áreas endémicas de enfermedades severas transmitidas por mosquitos y otros insectos vectores.
- Conocer y seguir las recomendaciones nutricionales.
- Abandonar hábitos tóxicos. Sobre los más habituales:
- *Tabaco.* Es recomendable que abandones el hábito tabáquico antes del embarazo y evites estar en ambientes de humo. No es cierto que es más peligrosa la ansiedad por dejar de fumar que el efecto del tabaco sobre el feto. Si sientes ansiedad por este motivo, es mejor que pidas ayuda a que mantengas su consumo.
- *Alcohol.* No hay cantidad de alcohol segura para el feto durante el embarazo. Cuando se consume alcohol en este período, este atraviesa la barrera placentaria poniéndose en contacto rápidamente con el feto. Y nadie le ofrecería a su bebé una

cerveza o una copa de vino. El síndrome alcohólico fetal está descrito como una afección del niño derivada de la exposición durante el embarazo que provoca daño cerebral y problemas de crecimiento irreversibles. El alcohol en el embarazo debe ser cero.

Ambos aumentan el riesgo de aborto, malformaciones, problemas placentarios y bajo peso al nacer. Si has consumido algún tóxico antes de conocer la noticia de tu embarazo, pero ya lo estabas, no debes preocuparte, sino evitarlos a partir de ahora y, si es preciso, comunicárselo a tu ginecóloga-obstetra o matrona.

El test de embarazo

No siempre el embarazo se planifica con antelación y tampoco siempre esto implica problemas de desarrollo embrionario. Aunque lo ideal es hacerla, si no hiciste consulta preconcepcional, lo más adecuado cuando conozcas la noticia del embarazo es que vayas a tu profesional de la salud de referencia para comenzar el autocuidado y autoconocimiento.

La matrona es el profesional de referencia en el cuidado del embarazo normal que trabaja en equipo con el/la obstetra, si bien cada mujer es libre de sentirse acompañada por quien elija.

¿Pero cómo confirmar que en efecto estás embarazada? Son numerosos los cambios que experimenta una mujer cuando se queda embarazada —cambios físicos, incremento de la frecuencia al orinar, náuseas, cansancio…—, pero el primer signo habitual es el retraso en el período menstrual.

Una de las hormonas implicadas en el embarazo y que ayuda al diagnóstico es la llamada gonadotropina coriónica humana —hCG, según las siglas en inglés—. Esta hormona comienza a producirse desde que el cigoto se implanta en el útero tras la concepción y se incrementa con rapidez a lo largo de las primeras diez semanas de embarazo. Luego, una vez superado el primer trimestre, disminuye ligeramente. La información que nos da el test de embarazo hace referencia a si la hCG está presente o no en tu orina.

Un dato peculiar sobre esto es que antes de que existieran estos test, a mediados del siglo pasado, se inventó una de las pruebas que se podían hacer para confirmar el embarazo conocido como «test de la rana». Consistía en inyectar orina fresca de una mujer en una especie de rana hembra y, si la mujer estaba embarazada —sus niveles de hCG eran elevados—, la rana ovulaba y ponía huevos en las siguientes veinticuatro horas.

¿Y cómo realizar el test de embarazo sin necesidad de ranas? En la actualidad, este test en orina que se realiza en casa se puede comprar en farmacias. Se lleva a cabo mediante la aplicación de unas gotas de orina en una tira química preparada y el resultado suele estar listo en pocos minutos. Es importante seguir las instrucciones que indique dicha prueba para conseguir la precisión del resultado, que oscila entre el 97-99 % de acierto.

Aunque es poco frecuente, pueden darse también estos dos supuestos:

- *Falsos negativos.* A veces percibes síntomas de embarazo y el test sale negativo. Lo más probable es que estés realizando el test demasiado pronto y es buena idea dar un margen de unos días para volver a repetir la prueba.
- *Falsos positivos.* Es mucho menos habitual, pero algunos fármacos pueden generar aumento de la hormona hCG y esto dé lugar a un resultado positivo erróneo del test.

Entonces, te preguntarás ¿cuándo debo hacerlo? Aunque algunos test revelan niveles muy bajos de hCG y pueden detectarlo incluso antes, los resultados son más fiables después del retraso menstrual. Es recomendable saber que el mejor momento para hacerse la prueba de embarazo es con la primera orina de la mañana, puesto que suele ser una más concentrada y el nivel de hCG más alto.

Otra manera más precisa de valorar los niveles de esta hormona sería haciéndote una prueba de sangre. A través de esta medición se podría conocer la existencia y cantidad de hCG incluso antes de que se

produzca el retraso menstrual. Esta prueba suele utilizarse para valorar el seguimiento del embarazo en las primeras semanas cuando se está descartando alguna patología temprana del embarazo o cuando este se ha producido a través de técnicas de reproducción asistida.

En ocasiones estas «dos rayitas» son el final de un largo camino deseándolas; en otras, el principio de una aventura no planificada. Y en otras, la confirmación de esos cambios que ya sentías y, en definitiva, la información objetiva de que la vida crece en ti. Así lo vivió María:

> Cuando empezamos a buscar embarazo, ya fantaseaba con la idea de hacerme un test y descubrir dos rayitas. Me imaginaba cómo sería contarlo, me imaginaba la alegría que sentiría, idealizaba ese momento. No sabía entonces que para que el positivo llegara serían necesarios cuatro años de búsqueda, bastantes test de embarazo negativos, muchas pruebas y dos tratamientos FIV.
>
> Y entonces un día, lo que tanto había soñado y deseado, ocurrió: tenía mi ansiado positivo. Me sentí afortunada, sentí alegría, sentí miedo, me sentí abrumada, muy abrumada. Hasta ese día estaba acostumbrada al negativo, al duelo, a la desilusión y, de repente, estaba viviendo lo contrario, alegría, felicidad, incertidumbre y un gran *shock* por saber que lo que estaba sintiendo en mi cuerpo era fruto del inicio de un embarazo.
>
> Quería contarlo, aunque me daba miedo que si lo decía algo saliese mal, como si verbalizarlo tuviera la capacidad de modificar el curso del embarazo… ¡Fíjate que tontería! Entonces me dijeron algo que me ayudó mucho durante todo el embarazo y que me repetía cada vez que tenía miedo: mañana no sé qué pasará, pero hoy estoy embarazada, y ya por eso me siento feliz.
>
> Así que me decidí a compartir mi felicidad con toda la gente que me quiere y que se alegraría tanto o más que yo misma por mi positivo. Y ahí ya empecé a soñar, a imaginar qué sentiría en mi cuerpo, cómo sería tener un bebé dentro, cómo cambiaría yo, cómo cambiaría nuestra vida. Empecé a fluir con el embarazo, otras preocupaciones pasaron en ese momento a un segundo plano, respiré profundo, cerré los ojos, cogí aire y dejé que todos los nudos que tenía dentro de deshicieran en forma de lágrimas porque ¡ESTOY EMBARAZADA! ¡Hay una vida creciendo en mí!
>
> Hoy, escribiendo este relato, ha pasado un año de mi última regla, cuarenta y una semanas de embarazo, diez semanas de posparto, tengo una bebé preciosa durmiendo en mi regazo y todavía no me lo creo. ¡Soy mamá!

La posibilidad de embarazo de la raza humana en el primer mes de búsqueda intencionada es de entre un 20-25 % en parejas sanas, subiendo al 75-80 % a los seis meses, llegando al 85 % a lo largo de un año de búsqueda y al 90 % tras dos años de búsqueda de gestación.

Tras el plazo de un año de búsqueda activa de embarazo sería prudente hacer una consulta profesional para evaluar si existen problemas reproductivos como pueden ser la esterilidad o la infertilidad. Están a la orden del día estos dos conceptos y te voy a explicar brevemente el matiz que los distingue porque, aunque definen la dificultad para tener hijos, no son exactamente lo mismo:

- La esterilidad es la incapacidad para lograr un embarazo de manera natural en el plazo de un año. Y se diferencia la esterilidad primaria de la secundaria con relación a si nunca antes la pareja ha tenido hijos o si ya tiene alguno, pero en el momento actual no logra embarazo.
- La infertilidad es la incapacidad de llegar a tener un recién nacido vivo, en este caso la pareja consigue embarazo, pero posteriormente se interrumpe antes de la viabilidad del mismo.

Sin embargo, cuando la noticia de embarazo llega y el test en orina o en sangre sale positivo, ¿qué ocurre? Ocurre que, teóricamente, llevas embarazada cuatro semanas. Te cuento por qué: la fecha de última regla (FUR), aunque no es un dato certero, corresponde al primer día del ciclo en el que se produce el embarazo.

El primer día del ciclo ovárico de una mujer es el primer día de su menstruación y la FUR es el primer día de su última regla.

En torno a los catorce días de dicho inicio del ciclo se produce la ovulación, y en esos días cercanos a la ovulación se produce la fecundación del óvulo, si hay presencia de espermatozoides a ese nivel. Esto es, en cierta manera, inexacto, pues no todas las mujeres ovulan el mismo día del ciclo, si bien es una forma de generalizar el contaje de inicio del embarazo, que se sospecha con el retraso/ inexistencia de la siguiente menstruación y se confirma con el test positivo y el seguimiento ecográfico posterior.

Y tomando de referencia la fecha de última regla, ¿cuándo será el parto? Lo más coloquial es contar nueve meses desde la fecha de la

última regla, pero a estas alturas habrás podido darte cuenta de que esto no son matemáticas, nada es exacto en la maternidad. El embarazo dura alrededor de cuarenta semanas, que corresponden a diez meses lunares de veintiocho días.

Los profesionales sanitarios medimos el embarazo en semanas porque es un dato más específico y aporta más información sobre el momento en el que te encuentras a lo largo del seguimiento del mismo. Esta tabla te hará sentir que tu matrona, tu entorno y tú habláis en el mismo idioma.

Primer trimestre		
semana 1-4		
semana 5-8		
semana 9-13		
Segundo trimestre		
semana 14-17		
semana 18-22		
semana 23-27		
Tercer trimestre		
semana 28-31		
semana 32-35		
semana 36-40		
semana 41-42		

Para calcular la fecha probable de parto (FPP) —que más adelante definiremos como «fecha improbable de parto»— podemos utilizar la regla de Naegele, que no es más que una fórmula para obtener la fecha correspondiente a doscientos ochenta días después de una fecha inicial. A la fecha de última regla le añadimos un año, le restamos tres meses y le sumamos siete días:

$$FPP = FUR + 7 \text{ días} + 1 \text{ año} - 3 \text{ meses}$$

De manera que, si tu fecha de última regla fue el 1 de febrero de 2024, tu fecha probable de parto será el 8 de noviembre de 2024.

¿Se puede elegir el sexo del bebé?

Esta gran pregunta surgió en los años setenta del siglo pasado, cuando el doctor Shettles descubrió que los espermatozoides masculinos y femeninos poseían diferentes características.

Te explico con algo más de detalle qué es esto de los espermatozoides masculinos y femeninos. Las mujeres tenemos un mapa cromosómico XX y los hombres XY. Los óvulos y los espermatozoides contienen la mitad de la carga cromosómica. Y en cuanto a los cromosomas que determinan el sexo, el óvulo siempre porta el cromosoma X, mientras que el espermatozoide puede portar el cromosoma X —niña— o el cromosoma Y —niño—. Cuando se fecunda el óvulo, los cromosomas se unen y, si son XY, será de sexo masculino, mientras que, si son XX, será de sexo femenino.

Las probabilidades de concebir un niño o una niña no son azar, pues es cierto que las características de los espermatozoides X-Y son diferentes y la población mundial no es exactamente del 50-50 %. El equilibrio natural es casi perfecto, pero corresponde a unos porcentajes del 50,5 % de hombres y del 49,5 % de mujeres.

El doctor Shettles descubrió que el espermatozoide con carga cromosómica masculina es más pequeño, se mueve más rápido y tiene una vida media más corta que el espermatozoide con carga cromosómica femenina. Entonces formuló el método Shettle, en el que describe cómo todo se «decide» en el camino hacia el óvulo. Es decir, en los Juegos Olímpicos los espermatozoides Y serían los ganadores de los cien metros lisos y los espermatozoides X serían grandes maratonianos. Dijo que si en la búsqueda de embarazo tienes relaciones sexuales durante la ovulación, el espermatozoide masculino tiene más posibilidades de fecundar el óvulo —porque es supuestamente más rápido—. Por el contrario, como el espermatozoide con carga cromosómica femenina es más resistente y vive más, si las relaciones coitales se producen previas a la ovulación, en los primeros días fértiles, estos espermatozoides tienen, supuestamente, más probabilidades de fecundar el óvulo y concebir una niña.

> *El embarazo dura alrededor de cuarenta semanas, que corresponden a diez meses lunares de veintiocho días.*

Este doctor también indicó que la posición sexual y el pH de la vagina podrían, por el mismo motivo de las características de los

espermatozoides, influir en la concepción de ambos sexos.

Hay otra teoría, creada por Adriana Baretta, bioquímica argentina, que da nombre al método Baretta y que sostiene la «elección» del sexo del bebé en función de la dieta alimentaria de la madre y el momento de la concepción, pues hace especial referencia a las características del moco cervical —que dará lugar al famoso tapón mucoso del que hablaremos más adelante— y la capacidad de los espermatozoides para atravesarlo.

Lo cierto es que a pesar de que son teorías fascinantes, ninguna de ellas está sustentada por evidencia científica de peso, por lo que, por el momento, este tema tiene más de mito que de verdad. Y quiero matizar que en este apartado me he referido constantemente al sexo biológico del bebé, asumiendo en realidad que la sexualidad no está solamente definida por los cromosomas.

SEGUNDO 2 MES

La importancia de lo diminuto

En estas semanas en las que pasa tan desapercibida la vida que crece bajo tu piel están ocurriendo cosas maravillosas. Poco después de que el óvulo fecundado se implante en el útero comienza una fase llamada período embrionario, que abarca desde la cuarta semana de gestación hasta la octava.

Es increíble entender cómo el primer día de la cuarta semana de embarazo el corazón empieza a latir, y en una impresionante cascada de cambios celulares se forman todos y cada uno de los órganos del futuro bebé. De hecho, este período se caracteriza precisamente por eso, lo que se conoce como organogénesis.

A partir de la novena semana y hasta el nacimiento lo que tú ya llamas «lentejita» —que científicamente se llama embrión— pasa a denominarse feto con el objetivo de crecer y madurar todos los tejidos. Y no sé si a ti te fascina tanto como a mí la idea de que cada célula está programada para darle forma a cada uno de esos órganos con los que tu bebé compartirá toda una vida. Tu cuerpo sabe hacerlo. Puede ser visto como un milagro, para mí es más bien el arte que le da título a este libro.

Entendiendo el arte como la expresión:

- Ancestral: existe desde que existimos.
- Dinámica: porque está en constante cambio.
- Original: porque no hay dos iguales.
- Subjetiva: puede ser vivido e interpretado por diferentes personas de manera distinta.

Sí, el arte de crear a tu bebé es una de las cosas más ancestrales, dinámicas, originales y subjetivas que vas a hacer en tu vida. El embarazo es una etapa que te invita a la introspección, a mirarte a ti

misma, a observarte y, por qué no, a admirarte.

El embarazo es tan increíble como desafiante porque por primera vez te sientes tan fuerte y poderosa como vulnerable y responsable. Es un viaje perfecto para tomar conciencia de la importancia del autocuidado y trabajar en el amor propio.

También es probablemente la primera parada del duelo más apasionante de tu vida. Porque, como todos los duelos, implica despedida. De la mujer que eras antes para pronto recibir a la mujer que sale de sus fronteras para crear vida y no desprenderse nunca más de esa personita que cambiará la tuya por completo.

El único órgano temporal del cuerpo humano

Déjame contarte algunas peculiaridades de un órgano que será el más importante de esta etapa de la vida de tu pequeño y después solo un recuerdo: la placenta. Esta se forma simultáneamente al embrión en las primeras semanas del embarazo. Es un órgano esencial que facilita el intercambio de nutrientes y oxígeno entre la madre y el feto.

Tiene una cara fetal y una cara materna y, entre ellas, una especie de barrera que separa ambas circulaciones y regula el paso de sustancias a través de ella. De esta manera, a través de esa «barrera placentaria», el bebé queda aislado de algunas sustancias que le pueden ser nocivas. Además de esto, tiene función endocrina, es decir, sintetiza hormonas que favorecen la evolución del embarazo.

> *El embarazo es una etapa que te invita a la introspección, a mirarte a ti misma, a observarte y, por qué no, a admirarte.*

La placenta tiene una gran importancia a lo largo de todo el embarazo y ocupa la tercera y última fase del parto, pues su expulsión se produce con mayor probabilidad en la hora siguiente a la del bebé y esta fase recibe el nombre de alumbramiento. Es curiosa la similitud del término médico «alumbramiento» con la manera coloquial de

llamar al parto con el término «dar a luz». Hay multitud de rituales con la placenta alrededor del mundo según la cultura.

Curiosidad

La cultura rapa nui de la Isla de Pascua, en Chile, compara la placenta con la tierra porque ha sido hogar del bebé y le ha nutrido durante la gestación. Cuando se alumbra, se realiza una ceremonia para cortar el cordón umbilical y se entierra para plantar encima un árbol o planta.

En España es cada vez más habitual generar un recuerdo de la placenta llamado «impresión de placenta». Consiste en aplicar pintura sobre la cara fetal y plasmar sobre una cartulina generando un dibujo a modo de sello. El resultado suele parecerse a la forma de un árbol y es un recuerdo muy especial.

Para la impresión de placenta solo necesitas una cartulina de textura acuarelable y pintura acrílica —otros tipos de tintas o pinturas también funcionan bien para este recuerdo—. Si lo deseas, te recomiendo llevar el material al lugar donde vaya a nacer tu bebé y hablarlo con la matrona para que te ayude a hacerlo después del parto.

Los primeros cambios y su relación con las hormonas sexuales

Las mujeres somos cíclicas, de manera que nuestro cuerpo cada veintiocho días genera y vive diferentes etapas hormonales que conllevan signos y síntomas físicos y emocionales. Muchas veces, la parte más visible de esta ciclicidad es la menstruación.

Con el embarazo, tras la fecundación, las hormonas sexuales comienzan a trabajar de diferente manera y esto genera prácticamente todos los síntomas del primer trimestre.

Hay tres hormonas protagonistas del proceso. Te las presento brevemente:

LA PROGESTERONA

Es una hormona especialmente importante desde el inicio del embarazo por varias razones:

- Es la encargada de facilitar la implantación a través de la preparación del endometrio. El endometrio es la capa más interna del útero que se genera en cada ciclo para recibir el óvulo fecundado, y cuando no se produce la fecundación, se escama dando lugar al sangrado menstrual.
- Es clave para mantener el embarazo, puesto que ayuda a que el cuerpo reconozca al embrión como propio y no intente expulsarlo, favoreciendo que los músculos del útero se mantengan relajados.
- Es partícipe de la formación del tapón mucoso, que es un espesamiento del flujo en la zona del cuello del útero (el cuello del útero es la zona de transición entre el útero y la vagina y es la parte que dilata durante el parto) que tiene una función de «barrera» para proteger al bebé del contacto con el exterior a través de la vagina.

Esta hormona está, por supuesto, presente en el ciclo ovulatorio normal previo al embarazo y es la responsable de los síntomas premenstruales que tanto se parecen a los primeros síntomas de embarazo.

De la misma manera, su presencia en el primer trimestre puede estar relacionada con algunos síntomas como la fatiga/sueño, las náuseas o el estreñimiento, ya que no solo relaja las fibras musculares del útero, también lo hace con las del intestino, enlenteciendo el tránsito y generando en ocasiones este síntoma.

LOS ESTRÓGENOS

Son hormonas que aumentan de forma progresiva desde el inicio del embarazo hasta las últimas semanas. Facilitan el crecimiento y desarrollo de los órganos del bebé. En los primeros síntomas del embarazo son responsables, entre otros factores, de los cambios en la piel, las molestias en el pecho o la retención de líquidos.

LA HCG

Otra de las responsables de estos síntomas es una hormona que ya conoces, la hCG, de la que hablamos en el anterior capítulo, puesto que es la hormona gracias a la cual se diagnostica el embarazo. En las primeras semanas es la encargada de mantener y aumentar los niveles de progesterona y estrógenos. Su presencia parece incrementar algunos síntomas como las náuseas y los vómitos, especialmente en el primer trimestre, que es cuando los niveles de esta hormona son más elevados.

Por esta cascada hormonal es probable que al principio confundas algunos síntomas del embarazo con los síntomas típicos de la fase premenstrual. El primer trimestre del embarazo es tan invisible como determinante para el desarrollo fetal.

Lo que se empieza a sentir

Ahora que ya conoces a las hormonas responsables de estos cambios, te cuento qué puedes sentir, por qué y qué te puede ayudar a sobrellevarlo:

MOLESTIAS TIPO REGLA

El aumento de la vascularización hacia la pelvis puede hacerte sentir hinchada y generar incomodidad o dolor leve en la zona baja de la tripa. Puede aliviarte aplicar calor local, por ejemplo, con un saco de semillas, una ducha o un baño relajante en la bañera. Si el dolor es fuerte o requiere analgésicos, es el momento de consultarlo con tu médico o acudir a urgencias.

SUEÑO

El desarrollo del bebé consume energía adicional y esto, sumado a un aumento de la hormona progesterona, suele producir sensación de cansancio o somnolencia. Si esto ocurre, aumenta las horas de sueño nocturno o añade alguna siesta a tu día. Probablemente a lo largo del embarazo estas necesidades cambien, e incluso eches de menos esta

capacidad de dormir a cualquier hora y en cualquier parte.

CAMBIOS EN LAS MAMAS

Las posibles molestias mamarias en el embarazo son debidas al aumento en el flujo sanguíneo al tejido mamario. Suele aumentar la sensibilidad en el pezón y es recomendable utilizar un sujetador que no apriete y sin aros.

ESTREÑIMIENTO

El enlentecimiento del tránsito intestinal a causa de la hormona progesterona suele ocasionar este síntoma que puedes aliviar asegurando tu hidratación con agua y optando por una dieta equilibrada rica en fibra —variedad de verduras, alimentos integrales y fruta entera—.

AUMENTO DE LA FRECUENCIA MICCIONAL

Hay dos motivos que lo justifican: uno es que el útero comienza a crecer dentro de la pelvis y anatómicamente se sitúa justo encima de la vejiga, incrementando la presión en la misma y generando una mayor «urgencia miccional» que incluso aumenta al final del embarazo. El otro motivo es que en el embarazo aumenta de forma progresiva la cantidad de sangre materna para poder nutrir la placenta, y esto hace que los riñones generen más orina. Si notas, además de un aumento de frecuencia, algún otro síntoma miccional como el dolor, consulta con tu médico para descartar la existencia de una infección de orina.

NÁUSEAS

No está claro el motivo de su presencia, aunque la ciencia afirma que los niveles elevados de hormona hCG en los primeros meses de embarazo parecen estar en relación con ello. Afecta a un 80 % de las mujeres embarazadas en las semanas iniciales y suele aliviarse espontáneamente pasado el primer trimestre. Puede que no produzca

el vómito y que ni siquiera la identifiques como náusea, sino más bien como la sensación digestiva de montaña rusa.

En torno al 10 % de las mujeres las tendrán hasta la semana veinte y un pequeñísimo porcentaje hasta el final del embarazo. Cuando se acentúa mucho el cuadro, llegando a no tolerar apenas alimentos ni líquidos, se llama hiperémesis gravídica —traducido al lenguaje habitual sería algo así como «muchos vómitos en el embarazo»—, que requiere seguimiento y tratamiento, incluso en ocasiones ingreso hospitalario. La sensación puede ir desde malestar gástrico —como cuando te mareas en el coche— hasta el vómito y es más habitual por las mañanas.

Las recomendaciones para mejorar este síntoma son:

- No tener el estómago vacío durante largas horas para evitar bajadas bruscas de los niveles de azúcar en sangre (hipoglucemias).
- Romper el ayuno nocturno (des-ayuno) con alimentos «secos» ricos en proteína y grasas. Por ejemplo, pan integral con aguacate y huevo cocido.
- Comer despacio y en pequeñas cantidades.
- Elegir alimentos que no contengan muchos azúcares para no generar grandes picos de elevación del azúcar en sangre.
- Beber agua preferiblemente entre las comidas.
- Comer los alimentos fríos o templados.

MANCHADO DE IMPLANTACIÓN

En realidad, esto ocurre en el primer mes de embarazo y puede hacer que el propio embarazo pase desapercibido cuando este manchado se confunde con una regla escasa. El manchado no se percibe siempre, pero la razón de ser es que cuando el óvulo fecundado se adhiere a la pared del útero —este momento se llama implantación— puede producir un leve sangrado. Este manchado sería fisiológico, pero es importante saber que ante cualquier sangrado es aconsejable acudir a urgencias.

CAMBIOS EN LOS SENTIDOS

A razón de los cambios hormonales, los sentidos también se ven afectados en el embarazo. De hecho, hay mujeres que sospechan que están embarazadas por el aumento de las percepciones, especialmente las olfativas. Por el contrario, la vista puede cambiar «a peor» de manera transitoria. El motivo es que los cambios hormonales favorecen el aumento del líquido dentro del ojo, produciendo una disminución de la agudeza visual que suele revertirse progresivamente tras el parto.

Los antojos

Un antojo no es otra cosa que las ganas intensas de consumir un alimento concreto. Se han buscado varias explicaciones sobre el motivo por el que se acentúa esta situación desde el inicio del embarazo. Hay distintas hipótesis que afirman que se debe al cambio en los sentidos que provocan los niveles hormonales, es decir, la exacerbación del olfato y el gusto pueden producir cierta aversión a algunos alimentos, pero también despertar pasión por otros.

Mito

Es habitual oír hablar sobre los antojos de las mujeres embarazadas, incluso se dice que, si no se cubren estas necesidades, el bebé podría nacer con una mancha con la forma del alimento que la madre deseó. Esto lo puedes ir descartando, pues no es cierto.

Aunque no hay evidencia científica, algunas teorías afirman que los antojos están causados por las necesidades nutricionales de la madre y los requerimientos para el desarrollo fetal. De esta manera la madre podría tener especial deseo de comer cítricos si sus niveles de vitamina C son bajos.

Algo que sí podemos afirmar es que las mujeres en este período tendemos a elegir alimentos más dulces y calóricos. Y esto tiene explicación gracias a un reciente estudio publicado en la revista científica *Nature Metabolism,* que afirma que los antojos están

mediados por cambios en el cerebro durante el período del embarazo que están relacionados con la dopamina. La dopamina es un neurotransmisor —mensajero entre neuronas— que activa el mecanismo de recompensa cerebral e invita a repetir comportamientos en busca de esa sensación de placer.

Entonces los antojos en el embarazo son una realidad en proceso de conocer la causa exacta que los produce, que quizás sea un conjunto de varias de estas teorías.

No hace falta que reprimas los antojos, pero sí debes saber elegir los alimentos para saciarlos de manera que tu dieta sea equilibrada y saludable, pues esto influye en tu salud y en la de tu bebé.

Cuidado con la comida. Qué evitar

Es importante una dieta equilibrada y rica en nutrientes esenciales para mantener tu salud y favorecer el desarrollo de tu bebé. Es recomendable tener ciertas precauciones para prevenir el contacto con determinados patógenos que afectan al desarrollo del feto. Estos son:

ANISAKIS SIMPLEX

Se trata de un parásito común en el pescado que en caso de ingerirlo vivo no afecta directamente al feto, pero puede provocar gastritis aguda o reacciones alérgicas cuyo tratamiento sí puede afectarle. Para prevenirlo lo más adecuado es consumir pescado cocinado por completo o previamente congelado durante cinco días o durante dos días si la temperatura es inferior a los veinte grados centígrados bajo cero.

LISTERIA MONOCYTOGENES

Es una bacteria presente en algunos fiambres inadecuadamente procesados, productos lácteos no pasteurizados y vegetales que provengan de suelos contaminados. Su infección podría generar graves secuelas en el feto. La bacteria de la listeria puede sobrevivir a la refrigeración, e incluso a la congelación, por lo que para evitarla es

importante comer bien cocinados los alimentos que la puedan contener.

En esta línea es recomendable evitar el huevo crudo o elaboraciones con huevo crudo —como la mayonesa y otras salsas— para prevenir la infección por listeria o salmonela —otra bacteria cuya infección es poco frecuente, pero importante para la salud de la madre y el bebé—.

TOXOPLASMA GONDII

Es un parásito que procede de los excrementos del gato, pues son los principales huéspedes. Puede estar en cualquier alimento contaminado, siendo más probable encontrarlo en las carnes y verduras crudas. La mayoría de las personas infectadas no presentan síntomas o son leves, sin embargo, durante el embarazo puede provocar defectos congénitos en el feto.

Cuanto más temprano es el embarazo —primer trimestre—, mayor es el riesgo y las secuelas de esta infección para el bebé. Para prevenir la infección por toxoplasma es recomendable que laves bien todas las frutas, verduras y utensilios de cocina, evita comer carnes crudas, poco hechas, ahumadas o maduradas como los embutidos —si deseas comerlos sin cocinar, es recomendable congelarlos durante cinco o siete días, aunque esto no genera prevención de la listeria—.

Si eres una amante de los gatos, evita obtener uno callejero ni una cría cuando estés embarazada; y si ya lo tienes, haz lo necesario para mantenerlo sano y procura que se encargue de la limpieza del arenero otra persona. En caso de que no sea posible, utiliza guantes para cambiar la arena y después lávate bien las manos.

CITOMEGALOVIRUS

El CMV es un tipo de virus que pertenece a la familia de los herpesvirus. Los síntomas suelen ser leves en la población general, pero puede causar complicaciones graves para el bebé si la mujer se infecta por primera vez durante el embarazo, especialmente durante el primer trimestre.

Los niños menores de cinco años son una fuente común de este virus, la mayoría de ellos lo pasa asintomático y puede permanecer en

líquidos corporales del niño, como la saliva o el pis, durante meses después de la infección.

Entre las medidas de prevención están una adecuada higiene de manos y evitar contacto con la saliva y la orina de los niños —evitar compartir plato o alimentos con niños pequeños, aunque sean de la misma familia, dar besos en la boca a los niños…—.

Hay otros alimentos que se recomienda no tomar en el embarazo cuya razón no tiene que ver con este tipo de infecciones, sino porque, habitualmente, en grandes cantidades pueden afectar al feto. Algunos de ellos son:

- Cafeína de cualquier fuente (café, té, bebidas energéticas, hierba mate…). No excedas el consumo más allá de aproximadamente dos tazas al día (200-300 mg/día).
- Grandes peces. Por ejemplo, el atún rojo, el pez espada, el lucio o el tiburón por su elevada cantidad de metales pesados (mercurio).

Si nada va mal, es que todo va bien

El primer trimestre es uno de los más característicos emocionalmente por la ilusión de la noticia, pero también suele estar bañado por la incertidumbre desde que el test positivo llama a la puerta hasta que se vuelven a tener noticias objetivas de la evolución del embarazo.

Hay mujeres y familias a las que les genera mucha ansiedad la espera hasta la primera ecografía. Esta preocupación suele ser mayor en las mujeres que, además, no perciben los síntomas propios del embarazo de los que he hablado.

Si bien es cierto que el primer trimestre es determinante en el desarrollo del bebé, también es cierto que se caracteriza por el «todo o nada». Me explico. En este momento se forman las bases estructurales del embarazo y del feto, como la placenta y las capas embrionarias que pronto pasarán a formar todos los órganos del futuro bebé. Digamos que estamos ante un castillo de naipes en el que es clave que las cartas estén bien situadas para asegurar que todo sigue adelante. Cuando algo sustancialmente importante falla en esta etapa, el castillo de naipes con muchas probabilidades se desmoronará.

No tengas miedo ni sientas culpa porque casi nada en este proceso depende de ti. Confía y aprende a detectar los signos de alarma si los hubiera.

El epígrafe se titula así porque lo más probable es que si no tienes un dolor llamativo o sangrado vaginal, ese castillo de naipes sea cada día más fuerte. Si por el contrario esos síntomas aparecen, acude a urgencias para revisarlo.

¿Y cuándo compartir la felicidad? Sospechas y confirmas que una vida crece en ti. Y dentro de que hay tantas maternidades como madres, te imaginas el futuro. Aumenta la ilusión y el vértigo mientras piensas cómo vivirá la noticia tu entorno. El «cómo» es tan personal como variado, sobre el «cuándo» te cuento a continuación.

Casi todas las dudas sobre esto se esconden detrás de un juicio mal elaborado: Es demasiado pronto.

La base de este juicio es el miedo a que no salga todo sobre ruedas. El «todo o nada» del que hablamos antes es el motivo principal por el que muchas familias deciden esperar a que pase el primer trimestre para compartir su felicidad. Pero esto implica darle la espalda al duelo cuando todo no avanza como deseas. Pormenorizarlo, esconderlo o vivirlo en soledad. De esta manera, la pérdida gestacional si toca vivirla de cerca resulta demasiado desconocida, porque parece que solo te pasa a ti, que solo tú tienes «mala suerte». Darle visibilidad es tan necesario como hablar sobre la parte bonita de la maternidad, porque cuando ocurre, te atraviesa una profunda sensación de vacío que merece acompañamiento profesional y personal.

> Hay una bonita leyenda que me ha ayudado a vivir el presente y a mirar al futuro sin miedo, pero con la aceptación propia de que nada dura para siempre. Cuenta que un rey pidió a los eruditos de su corte un consejo de pocas palabras para meter en un valioso anillo. Quería que este le ayudara si tenía algún momento de desesperación.
> Los sabios se pusieron manos a la obra en busca de las palabras adecuadas, pero fue un anciano, que consideraba de su propia familia, quien se apresuró a darle tres palabras escritas en un papel doblado para meter dentro del anillo. Y le pidió que lo leyera por primera vez cuando se sintiera desesperado y sin salida.
>
> Ese momento llegó demasiado pronto, pues la nación fue invadida y el rey huyó a caballo perseguido por sus enemigos. Llegó a un lugar donde el camino se acababa al borde de un precipicio y sintió que no había

salida, quizás era el final y consideró abrir el anillo para leer el mensaje. Decía: «Esto también pasará».

Poco después de leerlo, se dio cuenta de que había dejado de escuchar el galope de los caballos que le perseguían. Habían perdido su rastro.

A su vuelta a la capital, consiguió reconquistar el reino y hubo una gran celebración. El rey se acercó al anciano entre brindis para agradecerle que sus palabras le habían salvado cuando pensaba que era el final.

Entonces el anciano le animó a volver a leer el mensaje en ese momento. El rey sentía que ya no lo necesitaba, pero el hombre insistió.

—Esto también pasará —leyó.

—No es solo para las situaciones de desesperanza —dijo—, también para cuando te sientas victorioso.

Desde el mismo momento en el que se emprende el camino de la maternidad, se suceden los momentos en los que te gustaría parar el tiempo y los que desearías que todo pasara con un pestañeo. Probablemente habrá días de todos los colores que «también pasarán». Vivirlos es parte del camino; recordarlos, parte del aprendizaje, y compartirlos, parte de la experiencia.

Cada mujer —y cada familia— tiene una manera de expresar su intimidad, de compartir sus luces y sus sombras. Si una vida crece en ti y sientes las ganas de compartirlo con las personas que celebrarán contigo esa felicidad, ten por seguro que ellas nunca pensarán «era demasiado pronto» para cuidarte en caso de que algo no salga bien.

¿Dos huevos o uno con dos yemas?

La mayoría de veces esta noticia empieza por un «buen susto», pasa por un embarazo con curvas y acaba por una entrañable y entretenida aventura de criar de dos en dos.

El embarazo de dos bebés a la vez es denominado científicamente como gemelar dicigótico o monocigótico, de manera coloquial conocidos como mellizos o gemelos respectivamente. Las diferencias entre ambos tipos de embarazos gemelares tienen origen en el propio momento de la fecundación.

- Los gemelos provienen de un solo óvulo fecundado por un espermatozoide que posteriormente se divide en dos embriones.

Esto significa que tienen el mismo material genético y son idénticos, por lo que tienen el mismo sexo y características físicas. Durante el embarazo pueden compartir la placenta, el saco amniótico o ambos.

- Los mellizos provienen de dos óvulos diferentes, fecundados por dos espermatozoides diferentes, en un mismo ciclo ovárico. Comparten útero y momento del desarrollo, pero cada uno tiene su placenta y su bolsa amniótica. No tienen por qué ser del mismo sexo, ni siquiera parecerse físicamente más allá que cualquier pareja de hermanos.

Los embarazos múltiples de trillizos o más bebés pueden ser de mellizos, gemelos o ambas opciones a la vez —por ejemplo, una pareja de gemelos y un mellizo—.

—Esto también pasará.

Curiosidad

¿Y los embarazos múltiples se heredan? Los gemelos idénticos ocurren en tres a cuatro de cada mil nacimientos en todo el mundo y la mayoría de las veces se desconoce la causa.
El embarazo de mellizos está relacionado con la hiperovulación —liberación de más de un óvulo en un ciclo menstrual— y es dos veces más común que el de gemelos idénticos. Tiene una posible predisposición familiar, de manera que, comparado con la población general, tener mellizos es dos veces más probable si un familiar cercano ha tenido mellizos. Otros factores que pueden influir en la predisposición a tener mellizos incluyen la edad de la madre —a mayor edad aumentan las posibilidades, por los cambios hormonales que pueden generar hiperovulación—, el origen étnico y el número de gestaciones previas.
Las técnicas de reproducción asistida también están asociadas a una mayor frecuencia de embarazos gemelares dicigóticos —dos embriones, mellizos—.

TERCER 3 MES

¿Dónde está la barriga?

El cuerpo comienza a cambiar desde el mismo momento de la concepción. La parte de tu útero que crece cada ciclo y se descama —en forma de menstruación— si no hay concepción, ahora aumenta al ritmo vertiginoso que lo hace tu bebé, su placenta y el líquido amniótico.

Puede que desde el principio te sientas diferente, que te toques el vientre y te mires en el espejo una y otra vez ansiando el momento de ver florecer esa curva que ya imaginas y te acompañará durante meses.

Lo cierto es que el útero no gestante está dentro de la pelvis y tiene un tamaño y forma similar al de una pera boca abajo. A medida que el embarazo evoluciona crece ampliando sus fronteras hacia arriba en el abdomen, de manera que, aproximadamente, en torno a la semana catorce, comienza a asomar fuera de la pelvis. Alrededor de la semana veinte la altura del útero está en el ombligo y te será más fácil verlo y tocarlo si te tumbas boca arriba.

El resto de órganos se distribuyen hacia arriba y atrás para hacerle hueco a la vida que está en camino, si bien es normal que a medida que el útero crece y la tripa sale, puedas notar algunas molestias, como sensación de tirón o estiramiento en la ingle y hacia arriba, gástricas tipo ardor o sensación de pesadez en la vulva y piernas, entre otras.

Cada embarazo es diferente, así como cada cuerpo. Algunas mujeres no se sienten cómodas con los cambios, sobre todo al principio que el cuerpo cambia sin que haya «tripa de embarazada».

Curiosidad

Es llamativa la diferencia que suele haber en los segundos y posteriores embarazos, pues estos se hacen evidentes desde varias semanas antes que la primera vez.

¿Comer por dos?

Aumentar de peso es algo fisiológico en el embarazo, porque a medida que el bebé crece lo hace la placenta y la cantidad de líquido amniótico. Y no solo eso, también lo hacen los depósitos de grasa destinados a asegurar y mantener las necesidades del feto y preparar el cuerpo para la lactancia.

Spoiler: esto va más de CÓMO que de CUÁNTO. No es recomendable comer por dos, pero sí ser el doble de consciente. Comer consciente implica pensar en lo que comes, hacerlo para nutrirte —y a tu bebé—, escuchando a la saciedad y a la ansiedad, para atenderlas, y saboreando en la variedad de lo que te hace bien.

Existen diferentes corporalidades, somos diversas, tu cuerpo no tiene por qué estar dentro de ningún estándar. El embarazo es uno de los momentazos que la vida te brinda para reconciliarte con tu cuerpo, mirarlo con cariño y valorarlo como un templo que está creando vida, recuperando la conciencia por la alimentación, haciéndolo por ti y por tu hijo, que es el mejor legado que le puedes dejar. La nutricionista Lidia Folgar —@lidia_folgar— así lo expone: durante muchos años nos hemos centrado en el aumento de peso en el embarazo como un indicador de salud, como si el peso fuese algo que se pudiese elegir a golpe de clic y fuera en todas las personas igual. Para muchas mujeres la revisión del embarazo es motivo de estrés, y muy especialmente si ya se iniciaba con un peso considerado en la comunidad sanitaria como «sobrepeso» u «obesidad», y lo pongo entre comillas intencionadamente, o peor aún, si esa mujer tiene o ha tenido un trastorno de la conducta alimentario o lleva toda la vida en lucha con su cuerpo. Sin embargo, el peso no nos dice nada sobre los hábitos de vida de esa persona ni sobre su salud, a pesar de que, como consecuencia de la mentalidad de dieta y del estigma de peso en el sistema sanitario, tengamos ese prejuicio muy arraigado. ¿Si todas las embarazadas tuviesen los mismos hábitos alimentarios, de actividad

física, horas de sueño, gestión del estrés… aumentarían el mismo peso en el embarazo? Por supuesto que no. En lugar de centrarnos en los hábitos de todas las embarazadas, y lo más importante, qué les lleva a ellos, nos centramos en el peso como indicador de que «todo va bien» o «algo va mal» cuando no es necesariamente así. Veamos algunos ejemplos:

> Un ejemplo clásico podría ser el de una mujer que lleva toda la vida en lucha con la báscula debido a que tiene un cuerpo considerado como sobrepeso desde que nació, dietante crónica, pues le han inculcado que su cuerpo está mal y que es un problema que hay que solucionar, y como consecuencia tiene ciclos de restricciones y recuperación del peso perdido. Esto le ha generado una muy mala relación con la comida, que se decide a mejorar porque quiere quedarse embarazada, y esto para ella es una motivación adicional para hacerlo. Durante ese proceso se queda embarazada. Al pesarla en las revisiones, le enumeran todos los riesgos que conlleva quedarse embarazada con su peso, que debería cuidarse más —sin saber nada sobre ella—, lo que le lleva a sentir que está haciendo las cosas mal, que no se está esforzando suficiente y que tiene que restringirse aún más. De esta forma hace un retroceso en su proceso de mejora de su relación con la comida y de sus hábitos, iniciando de nuevo un ciclo ya conocido para ella: el bucle de restricción alimentaria.
>
> Otro ejemplo podría ser el de una embarazada a la que le llaman la atención porque en el primer trimestre ha subido de peso más de lo supuestamente establecido, a pesar de llevar unos buenos hábitos alimenticios. Le dicen que tiene que «controlarse» más. Lo que queda del embarazo se lo pasa con una alimentación muy estricta, que le hace en algunas ocasiones pasar hambre. Termina el embarazo engordando lo que le han recomendado debido a su alabada disciplina. Pero en cuanto da a luz, esa presión «perjudicar al bebé» se va, y unida al cambio de vida y la ansiedad que supone la maternidad, empieza a picotear a todas horas y a necesitar comer alimentos que no se permitió durante el embarazo.

No es recomendable comer por dos, pero sí ser el doble de consciente.

En definitiva, resume la nutricionista Lidia Folgar: «No, en el embarazo no hay que comer por dos, lo importante es comer según las señales de hambre y saciedad, comiendo suficiente y priorizando los alimentos de mejor perfil nutricional, pidiendo asesoramiento si fuese

necesario. Lo fundamental es centrarse en mejorar los hábitos alimentarios sin restricciones en lugar de utilizar el peso como elemento de un supuesto control, algo que lo único que hará es generar ansiedad y culpa, lo que en la mayoría de los casos precipita que la alimentación sea todavía peor y empeora la salud psicológica de la futura mamá. Lo primordial son los hábitos de vida que se llevan durante el embarazo, no el peso. Centrémonos en eso para no acabar generando problemas de salud en nombre de la salud».

¿Más ejercicio o menos?

Empezaría cada uno de estos epígrafes con un «depende» pero el libro parecería escrito por mi lado más gallego, que lo tengo porque me formé como matrona en Galicia y viví dos años en mi queridísimo Vigo. La razón de estos «depende» es que, aunque se pueden dar recomendaciones generales, hay que individualizar cada caso.

No es lo mismo tener un buen estado de salud, con un embarazo sin complicaciones, que tener patología previa o asociada al embarazo. Tampoco es lo mismo no haber hecho deporte nunca previo al embarazo que una atleta que va a ser madre. En el punto medio de ambas situaciones estamos la inmensa mayoría de las mujeres, tomando la decisión de si comenzar, continuar o parar con la actividad física y el ejercicio por el hecho de estar embarazada.

Cuando hablo de actividad física me refiero a cualquier movimiento corporal propio de la vida cotidiana que genera un gasto de energía, como, por ejemplo, subir escaleras, pasear, utilizar la pelota de pilates integrada en tu día a día, las tareas del hogar o las propias del ámbito profesional…

La actividad física durante el embarazo te aporta beneficios a ti y a tu bebé, mejorando tu salud y disminuyendo las posibles complicaciones en el parto.

El ejercicio físico es una actividad planificada y estructurada que busca un objetivo como meta. Actualmente la ciencia afirma que la práctica de ejercicio de moderado a intenso es seguro en el embarazo y, de hecho, es recomendable la realización de ejercicio aeróbico y de acondicionamiento de la fuerza a lo largo del mismo si no existe contraindicación médica expresa.

Llevamos casi veinte años escuchando que el ejercicio perfecto para el embarazo es andar, como si las mujeres gestaran más allá de la jubilación. Me alegra poder decirte que, para una mujer en edad fértil, lo más habitual es que andar no sea un deporte. Esto te beneficia y te abre las puertas de las muchas posibilidades que tendrás para activar tu cuerpo y prepararlo mientras una vida siga creciendo en ti, se abra paso al mundo y después te permita reencontrarte con salud. Porque físicamente, además de crear vida, te estás preparando para una maratón que es el parto. Estás preparada para parir y de ello hablaremos largo y tendido en el último capítulo, pero no dejemos atrás el gran esfuerzo físico que supone. El parto es un esfuerzo cardiovascular, respiratorio, de fuerza y resistencia. También la elasticidad estará de tu parte para favorecerlo porque generará una mayor amplitud de movimientos de tu pelvis —que tiene un papel clave en el parto—. Incluso un abdomen fuerte y preparado en el embarazo ayudará a tu bebé en las últimas semanas a encontrar la mejor posición para colocarse en la pelvis cuando llegue el momento.

Es recomendable que el ejercicio físico que realices, sobre todo si es la primera vez que lo haces, esté supervisado por un profesional experto que conozca el estado de tu embarazo y se adecúe a tus capacidades.

Te aconsejo una vida activa en lo que a autocuidado se refiere, manteniendo unos hábitos saludables y un buen equilibrio entre la actividad y el descanso. Focaliza tu actividad física desde la consciencia de la higiene postural, la escucha de tus necesidades y el manejo de tu energía.

En cuanto al ejercicio, la recomendación general está en la realización de al menos ciento cincuenta minutos a la semana —media hora al día, cinco días a la semana, por ejemplo— de intensidad moderada combinando ejercicios aeróbicos y de acondicionamiento de la fuerza. Te hago algunas propuestas entre las que puede que encuentres tu lugar:

- natación, el agua es un medio seguro y muy aconsejable,
- baile,
- pilates,
- yoga,
- entrenamiento funcional o de fuerza.

Evita los deportes de impacto o aquellos que puedan generar caídas o golpes inesperados. Y entiendo tu inseguridad si por parte del entorno recibes consejos y precauciones propias de quien trata el embarazo como una enfermedad. Ese miedo a que las mujeres embarazadas no se muevan está más que pasado de moda. Recuérdales que el embarazo es un estado de salud y que estos hábitos saludables están encaminados a trabajar en ser tu mejor versión para el día de la maratón.

La actividad física durante el embarazo te aporta beneficios a ti y a tu bebé, mejorando tu salud y disminuyendo las posibles complicaciones en el parto.

El cordón umbilical

A estas alturas del embarazo ya está formado el cordón umbilical. Te cuento cómo se ven las estructuras que contiene tu útero, porque puede resultar difícil de imaginar. La placenta tiene forma de «tortilla» y está pegada al útero materno por un lado de la «tortilla» y por el otro sale de ella el cordón umbilical, que es el nexo de unión entre la placenta y el feto —y, por tanto, entre tú y tu bebé—. También íntimamente relacionada con la placenta están las membranas del saco amniótico que contiene el líquido amniótico en el que flota el bebé durante toda la gestación.

El cordón umbilical contiene una vena a través de la que entra al bebé sangre oxigenada y rica en nutrientes procedente de la madre y dos arterias a través de las que sale sangre procedente del feto. Estas arterias y vena suelen tener forma helicoidal —enroscadas sobre sí mismas—, generando varios giros a lo largo del cordón y rodeadas de una sustancia transparente/blanquecina llamada gelatina de Wharton, que protege dichos vasos sanguíneos tan esenciales para la vida del bebé.

Curiosidad

Hay una leyenda oriental que cuenta que hay un hilo rojo invisible que conecta a aquellos que están destinados a encontrarse, sin importar el momento, el lugar o las circunstancias, y que nunca desaparece a pesar del tiempo y la distancia. Esta leyenda está enfocada en el amor romántico, pero a mí me traslada directamente al vínculo de madres
y bebés, y más concretamente en el embarazo,
al cordón umbilical.

Hacia el final del embarazo el cordón umbilical suele medir en torno a cincuenta y seis centímetros, aunque no siempre tiene que ser así. Por el tamaño del cordón y los movimientos que hace el bebé a lo largo del embarazo, en ocasiones hace que se «enrolle» en alguna extremidad, a modo de bandolera o en el cuello del bebé.

Uno de cada tres bebés dentro del útero tiene una o más vueltas de cordón al cuello o en las extremidades. Pueden variar en función de la posición del bebé y sus movimientos. Esto genera expectación y preocupación a muchas familias durante el embarazo y en el momento del parto. El riesgo de las vueltas de cordón tiene más de mito que de verdad. Te voy a ayudar a entenderlo con algunas afirmaciones:

- La gelatina de Wharton hace que el cordón sea resistente y elástico, haciendo que la circulación fetal esté protegida incluso cuando se genera un nudo de cordón sobre sí mismo, que rara vez se aprieta y compromete la salud del bebé.
- El bebé no utiliza la traquea ni los pulmones para respirar hasta que no nace, por lo que tener circulares de cordón al cuello le pueden incomodar, pero con poca probabilidad le pondrán en peligro.
- Las vueltas se ven cuando sale la cabecita del bebé en el parto y nada más nacer se desenrollan sin dificultad. No es útil verlas por ecografía porque tan solo generarán preocupación sin realmente poder ocuparnos de ello.

Las vueltas de cordón son muy comunes y las complicaciones que esto genera muy poco habituales por lo que, si tu bebé nace con vueltas de cordón al cuello, entiende que solo supondrá una

desviación de la normalidad temporal que se resolverá tras el nacimiento. En mi práctica profesional he podido acompañar en varias ocasiones partos de mujeres con bebés sanos antes, durante y después del nacimiento con tres y más vueltas de cordón al cuello.

Bebé de terciopelo

En estas semanas comienza a salir en la piel de tu bebé un vello muy fino que recubre prácticamente todo su cuerpo, llamado lanugo. Su función es actuar como capa protectora y ayuda a mantener la temperatura corporal al nacer.

Llega a cubrir toda su piel en torno a la semana veinte y después comienza a desprenderse, por eso es más probable verlo en los bebés prematuros. En las últimas semanas de embarazo se desprende gran parte de este vello y flota en el líquido amniótico, que al ser tragado por el bebé forma parte, junto con más sustancias, de sus primeras cacas, llamadas meconio.

En algunos bebés persiste hasta después del nacimiento y se percibe una textura aterciopelada de su piel especialmente en espalda y bracitos. Debes saber que se cae solo con el transcurso de las semanas y que no tienes más que abrazar esa capita que le protegió mientras crecía dentro de ti.

Primeras pruebas rutinarias

El embarazo, por lo general, es un estado de salud, no de enfermedad, y así debe ser tratado, salvo que algún signo o síntoma demuestre lo contrario.

Muchas de las pruebas que se proponen como seguimiento del proceso son recomendables, pero no obligatorias y tienen alternativas. Tanto es así que los protocolos son diferentes según el país, sin alejarnos mucho económica ni socialmente, y los resultados perinatales son muy similares entre ellos. Con esto quiero decir que te informes de las opciones, y seas consciente de que tienes autonomía y capacidad de elegir. Te animo a que cuando hayas elegido el lugar donde llevarás a cabo el seguimiento de tu embarazo, confíes en el

equipo que te va a acompañar. También te animo a que no dejes de hacerte preguntas sobre las decisiones que puedes tomar y compartirlas con tu matrona o gine para exponer lo que más se ajusta a tus necesidades.

> *Las vueltas de cordón son muy comunes y las complicaciones que esto genera muy poco habituales.*

A lo largo del embarazo, y según los protocolos españoles, se ofrecen tres analíticas rutinarias y tres ecografías, una por trimestre. Esto si tu embarazo es catalogado de «bajo riesgo».

El significado de «bajo riesgo» significa que todo está estrictamente dentro de la normalidad, pero debes saber que hay desviaciones de la normalidad que no implican que algo sea patológico ni que vaya a generar complicaciones ni en tu salud, ni en el embarazo, ni en el parto. Por ejemplo, el embarazo múltiple es considerado de alto riesgo porque requiere un seguimiento más estrecho.

La analítica de primer trimestre se realiza en torno a la semana diez u once, no requiere ir en ayunas ni hacerse a primera hora de la mañana. En ella se estudia:

- El grupo sanguíneo con el objetivo de valorar si es compatible con el del feto (te lo cuento en otro capítulo más adelante donde hablaré del Rh negativo materno).
- El nivel de hemoglobina para valorar si existe anemia o de qué niveles se parte.
- El nivel de glucosa en sangre en el momento de la analítica.
- El estado de inmunidad frente a algunas enfermedades infecciosas como la hepatitis B, el VIH, la rubeola, la toxoplasmosis y la sífilis.
- Un cultivo de orina.

La ecografía del primer trimestre suele realizarse alrededor de la semana doce. En esta prueba:

- Se confirma o ajusta la edad gestacional, y con ella la fecha probable de parto (FPP).
- Se visualiza el número de fetos y el latido cardíaco.

Algunas mujeres, por antecedentes personales o por decisión propia, se realizan una ecografía previa a estas semanas para confirmar que el embarazo está dentro del útero. Si decides hacer esto, recuerda que el corazón empieza a latir en torno a la semana seis y que este contaje es orientativo —puede que estés de menos semanas —, por lo que lo preferible sería hacerla a partir de la octava semana.

También este momento del primer trimestre es ideal para evaluar el riesgo de alteraciones cromosómicas fetales. El conocido como cribado de anomalías cromosómicas combinado es una evaluación del riesgo de alteraciones cromosómicas en el feto como el síndrome de Down, el de Edwards y el de Patau.

El índice de riesgo obtenido en este cribado tiene una tasa de detección de casi el 90 % y es el resultado de la combinación de estos datos:

- Analítica del primer trimestre. Se miden unos valores bioquímicos determinantes entre los que están los niveles hormonales de hCG (hormona de la que hemos hablado en varias ocasiones en los capítulos anteriores) y PAPP-A (que es secretada por la placenta).
- Ecografía de la semana doce. Uno de los valores ecográficos más determinante en este punto de la gestación es la translucencia nucal (TN) o pliegue nucal y la presencia del hueso nasal. La translucencia nucal es el espesor entre los tejidos blandos de la nuca y la piel, que corresponde a líquido, y no debe superar los tres milímetros o, si lo supera, podría indicar que el feto tenga una alteración cromosómica.
- Factores personales como la edad materna.

Si el resultado de este índice es riesgo bajo —significa que la probabilidad de alteración es menor de 1/270—, no será necesario que realices ningún control más allá de los habituales. Si es moderado o alto, probablemente tu obstetra te proponga la realización de una prueba más invasiva, como la amniocentesis, para descartar o

confirmar el diagnóstico de alteraciones cromosómicas fetales. Esto siempre será una decisión conjunta contigo y en ningún caso será obligatorio.

Existe una prueba —llamada test prenatal no invasivo— más específica que el cribado anterior para evaluar el riesgo de alteraciones cromosómicas en la que se estudia el ADN fetal a través de una analítica de sangre materna.

Curiosidad

Puede que te resulte interesante saber que parte del ADN del bebé circula en tu torrente sanguíneo.

En esta prueba, además de conocer con más precisión el riesgo de alteraciones cromosómicas, también se averigua el sexo del bebé y el factor Rh de su sangre. Su tasa de detección de las alteraciones cromosómicas más comunes está en torno al 99 %, sin embargo, no es una prueba diagnóstica y, por tanto, en caso de que el resultado mostrara un riesgo aumentado, la indicación para confirmarlo serían pruebas más invasivas, de nuevo amniocentesis o cordocentesis.

El papel de la matrona

Quise ser matrona desde que sé lo que es una matrona. Me recuerdo siendo muy pequeña admirando el cuerpo de la mujer embarazada, haciéndole preguntas a mi madre y mis abuelas; recuerdo preguntarle a mi abuela paterna si mi padre había nacido con bigote porque yo siempre le he conocido así. También recuerdo adorar a los bebés y preguntar a las mujeres por sus partos. Me fascinaba —y lo sigue haciendo— la idea de que la vida creciera dentro de una persona.

En esos momentos no era consciente de la amplitud de lo que es ser matrona. De hecho, creo que en ese punto se encuentra gran parte de la población, que descubre esta increíble profesión cuando está cerca de la maternidad y no antes.

Las matronas formadas en España actualmente somos enfermeras

especialistas en ginecología y obstetricia y accedemos a la especialidad a través de un examen nacional oficial y una formación pública llamada enfermera interna residente (EIR).

Las competencias profesionales de la matrona van más allá de la atención a la maternidad, pues incluyen la atención integral de la salud sexual y reproductiva, que abarca desde la pubertad hasta el climaterio, desde una visión de prevención y promoción de la salud.

Tenemos un papel determinante en el seguimiento del embarazo, el acompañamiento del parto y los cuidados del posparto. De hecho, la evidencia científica y la Organización Mundial de la Salud (OMS) afirman que las mujeres con un embarazo de bajo riesgo se benefician de un modelo de atención más seguro y satisfactorio cuando tienen el seguimiento de una matrona, mejorando los resultados maternos y neonatales.

A lo largo del embarazo puedes elegir estar acompañada por una matrona que te guíe en el mantenimiento de tu salud y las necesidades especiales que trae consigo esta etapa, que asegure el control y el seguimiento del mismo, que resuelva tus dudas, alivie tus miedos y te ayude a encontrar y entender la información para que puedas tomar decisiones meditadas sobre tu proceso. Trabajamos de la mano de otros profesionales como los ginecólogos, que son expertos en las posibles complicaciones.

Detrás de un parto debe haber un equipo humano formado y preparado para saber identificar las complicaciones y trabajar en la indeseada adversidad, pero también para entender y dejarse llevar por lo que sí es fisiológico, que ocupa la gran parte de los casos.

Cuando acompaño a una mujer que va a parir, siento que estoy para cubrir sus necesidades en el contexto del confort dentro de su proceso, para ayudarla a fluir en cada contracción y transmitirle seguridad si la necesita. Para proteger, guiar y acompañar sus decisiones. Para interpretar la normalidad y detectar cuando esta se desvía. Para que sienta que estoy allí y a la vez pasar desapercibida en su intimidad.

Y mientras nace tu bebé, también protejo sus necesidades, asegurando que goza de bienestar mientras encuentra el camino, favoreciendo su adaptación tal y como él espera, reencontrándose contigo.

Hace algunos años vino al mundo una de las personitas que más

quiero y en una resaca emocional que me llevó lágrimas de felicidad, le escribí esta carta el día de su nacimiento.

> Querido recién llegado:
> Quiero contarte que cuando me enteré de que venías al mundo ya soñaba con recibirte en mis manos. Que al principio sentí vértigo. Que me apasionaba la idea y a ratos me invadían los miedos.
>
> Quiero contarte que tus padres creyeron en mí. Ellos, que para mí son un referente, me confiaron parte de su vida, la tuya. Y que por ello me sentí afortunada y responsable a partes iguales.
>
> Quiero contarte que te esperábamos con deseo, que se nos hizo largo el último mes. Que tu hermana te adoraba antes de conocerte y que en tu casa estaba todo listo para tu llegada.
>
> Quiero contarte que tu mamá deseaba ponerse de parto y lo consiguió. Que se sintió mamífera en cada contracción y que te guio. Que tu papá no se separó de ella y que yo os acompañé con mimo a los tres. Que tienes una mamá valiente, fuerte, paciente y cariñosa. Un papá generoso, humilde, sensible y optimista. Y una hermana vivaz y divertida de dos años que se muere de ganas por enseñarte el mundo.
>
> Quiero contarte que te hemos recibido con el mismo amor con el que te deseábamos. Que mientras nacías, tus padres se agarraban de la mano y yo te estrechaba entre las mías dándote la bienvenida. Que ellos se dejaron llevar emocionados por tu llegada y yo no pude hacer menos que enamorarme de tu familia, de nuestra familia, una vez más. Y que tras escuchar por primera vez tu llanto, ya en el pecho de tu mamá, me fundí con tu papá, mi hermano, en el abrazo más emocionante que me han dado nunca.
>
> Te has reunido con nosotros desde la tranquilidad y la confianza. Tu mamá sabe que ahora puede con todo y que su cuerpo la escucha. Tu papá dice que cuando estabas naciendo olía diferente, dulce, olía a tu llegada, a vida.
>
> Las primeras palabras que te dijo tu hermana cuando te vio: «Qué bonito eres». Tienes una familia preciosa, Raúl, estoy convencida de que vas a ser un niño muy feliz, a nosotros ya nos lo has hecho.
>
> Quiero que sepas que este ha sido uno de los mejores días de mi vida. Que me siento muy afortunada. Que lo guardo en mí para siempre.

Después del nacimiento de Raúl recuerdo acompañarlos en un posparto pausado, de muchas horas de piel con piel y descanso tras el parto. Un inicio de la lactancia inesperadamente fluido, a pesar de que los fantasmas del pasado venían en ocasiones a recordarle a su madre que anteriormente esa experiencia no había sido fácil. Su mamá se recuperó con calma y mimo mientras recordaba lo mamífero de aquella noche.

Michel Odent, un famoso obstetra francés referente en la interpretación del parto fisiológico, dice que las personas que acompañamos en los partos debemos aprender de los gatos. Yo, en ese posparto, me sentí más gato que nunca. Presente y consciente, pero con la suficiente distancia como para dar intimidad a su proceso.

De eso trata el acompañamiento de la matrona, también en el posparto. Porque es un momento de la vida especial, potente y vulnerable que, habitualmente, viene de la mano de un choque de expectativas dado por la escasa información sobre esta etapa a lo largo del embarazo y de la falta de apoyo de nuestro contexto, que en ocasiones parece exigir «normalidad» a una mujer que está transitando el cruce de todas sus fronteras para convertirse en madre.

Las personas que acompañamos en los partos debemos aprender de los gatos. Presente y consciente, pero con la suficiente distancia como para dar intimidad a su proceso.

Estar tan cerca como lo necesites y tan lejos como para que no lo notes.

CUARTO 4 MES

Empieza la primavera

Superado el primer trimestre quedan atrás, en muchos casos, las náuseas, el cansancio y tantos miedos e inseguridades que hacían casi incrédula la idea de que vas a ser madre.

Las sensaciones cambian y, probablemente, empieces a sentir una energía que te genera tanta felicidad como esa tripita que ya sí que asoma y puedes acariciar. El segundo trimestre es una de las etapas más bonitas del embarazo para muchas mujeres. Unos niveles hormonales que ya conoces te hacen vivir más cómoda con este estado de salud, aumentando la confianza en tu cuerpo.

Me gusta comparar esta etapa con la primavera. Siento que floreces cuando tu entorno conoce tu poder de crear vida, te florece un brillo en la melena y en la piel, florece la curva de tu vientre y también lo harán en este trimestre las primeras patadas del bebé al que ya buscas un nombre. Florece el proyecto de verle crecer y enseñarle el mundo y con ello la ilusión de descubrirlo juntos, porque vas a descubrir la parte del mundo que te falta a través de sus ojos.

Te miras por dentro y por fuera y comienzas a conocer una versión de la mujer/madre que ya eres.

Al ritmo de tus necesidades

Como hay tantas maternidades como mujeres y maneras de vivirla, para algunas embarazadas el segundo trimestre no es la primavera. A veces a causa del propio embarazo, otras es el mundo que sigue girando o la vida que nunca tiene momentos oportunos para los malos tragos.

Recuerdo el caso de una mujer en consulta cuando me contó que estaba viviendo el duelo por la muerte de un familiar muy cercano y

sentía miedo de que eso pudiera afectar al bebé. Le preocupaba que su tristeza traspasara las fronteras de su salud y tuviera consecuencias en su bebé. Me conmovió su situación, empaticé con sus preocupaciones y eso me llevó a investigar sobre el tema.

Para entenderlo hay que conocer el término epigenética, que afirma que la exposición de la madre a los factores ambientales puede generar cambios en la descendencia. Es decir, además de la carga genética del bebé que le hará ser como es, también hay ciertos factores del entorno de la madre que dentro del útero podrán modificar los genes del bebé y se podrán manifestar en su edad adulta.

Estos factores ambientales serían como una «huella dactilar» creada a través del ambiente materno durante el embarazo a través de algunas variables como el tipo de alimentación, el ejercicio físico, la exposición a contaminantes o el estrés materno. Aunque ya se conocía que la ansiedad o el estrés materno mantenido puede generar complicaciones en el embarazo o el crecimiento fetal, ciertos estudios demuestran que también puede influir en cambios en el desarrollo emocional y conductual del niño.

Por su parte, la teoría de la programación fetal estudia si nuestras enfermedades de la edad adulta están previstas antes de nacer y explica que todas las vivencias que rodean a una mujer embarazada podrían influir en el bebé que está gestando, y esa huella podría perdurar a largo plazo.

Es curioso que, además, esta huella podría saltar generaciones, de manera que las consecuencias de que una mujer viva su embarazo en un contexto de guerra, podrían dañar no solo a la propia mujer y su bebé, sino incluso a sus futuros nietos. De modo que, a pesar de no ser el embarazo un estado de enfermedad, sino de salud, debemos implicarnos en proteger el entorno de la mujer gestante para favorecer su bienestar tanto físico como emocional a través de la prevención, diagnóstico y tratamiento precoz de los trastornos de ansiedad para aliviar el sufrimiento materno en primera instancia y disminuir la influencia a medio y largo plazo en el niño. Y a un nivel más global, también cuidar a la mujer que gesta y cría como política pública y cambio social que se aproxime a ella desde la admiración y el respeto.

A ti, que me estás leyendo y la vida te atropella mientras la creas, te animo a escuchar tu cuerpo y tus emociones, a que pidas ayuda

profesional si la necesitas más allá del apoyo de tu entorno. Hay psicólogas perinatales especialistas en estos procesos, porque en efecto la situación a veces nos supera y no tienes por qué lidiar con esto sola. No sientas miedo o culpa, siéntete en el derecho de ajustar el ritmo a tus necesidades.

Y a ti, que brillas como nunca antes y sientes la fortuna de fluir en tu proceso, aprovecha este momento vital para autocuidarte y darte el valor que mereces. Tu cuerpo es poderoso y capaz de crear lo que más quieres con puro arte. También mira a tu alrededor y siembra esa semilla de empatía entre nosotras llamada sororidad. Por las que florecen y por las que aún están encontrando su primavera.

El líquido amniótico. El bebé buceador

Ahora es del tamaño de un aguacate y tiene bien diferenciadas sus extremidades, ojos, nariz, boca y orejitas. Sus órganos siguen creciendo y desarrollándose a una velocidad arrolladora y su corazón late fuerte y rápido —aproximadamente al doble de la velocidad que lo hace el tuyo—.

Curiosidad

Desde la octava semana los riñones de tu bebé ya son capaces de producir orina, y esto es necesario para garantizar gran parte del líquido amniótico en el que flotará a lo largo de todo el embarazo. Puede parecer sorprendente porque, en el medio extrauterino, la orina es una sustancia de desecho, pero durante la vida fetal resulta de gran utilidad.

A través del filtrado de la sangre que entra al bebé por el cordón umbilical esta pasa por sus riñones y sale al exterior por su uretra en forma de orina para mantener y aumentar esa peculiar piscina en la que flota hasta el último día antes de nacer.

El líquido amniótico es de color claro, semitransparente y prácticamente inodoro cuya composición es al 99 % de agua, aunque

también contiene en menor medida componentes orgánicos e inorgánicos. Tiene varias funciones importantes para el embarazo, pues ayuda a mantener una temperatura estable, tiene propiedades antibacterianas, permite al bebé moverse dentro de la tripa, garantiza su protección en caso de algún golpe accidental y favorece el desarrollo normal de los pulmones.

El desarrollo pulmonar fetal en torno a la semana dieciséis de embarazo se encuentra en plena ramificación y el bebé empieza a ser capaz de realizar movimientos musculares que movilizan el líquido amniótico hacia dentro y fuera de las vías respiratorias, favoreciendo así la maduración de estas estructuras y su expansión.

Mira a tu alrededor y siembra esa semilla de empatía entre nosotras llamada sororidad. Por las que florecen y por las que aún están encontrando su primavera.

Aunque a esta movilización de líquido amniótico fetal se la conozca como movimientos respiratorios, recuerda que el bebé dentro del útero no obtiene el oxígeno mediante la respiración pulmonar, sino del intercambio de sangre con la madre a través del cordón umbilical.

El calostro

Una pregunta frecuente que hago a las mujeres en consulta es si han pensado cómo van a alimentar a su bebé cuando nazca. Algunas me miran estupefactas y me contestan que con leche. Lo sé, no es el momento de empezar con el brócoli… Esta es mi manera de preguntar por el tipo de lactancia deseada del modo más respetuoso. Lo más contestado cuando las mujeres desean dar lactancia materna es:

—Quiero dar el pecho, si tengo leche.

Tu cuerpo está haciendo cosas increíbles y, mientras tú confías en el arte de crear los órganos y cada detalle de tu bebé, a veces dudas de los tuyos. Es el instante de hablar de esa leche, que ya estas creando, aproximadamente desde estas semanas de embarazo.

La aparición del precalostro en el segundo trimestre de embarazo es fruto de los cambios hormonales que preparan el pecho para la lactancia. El precalostro es la leche materna que se crea en el pecho antes de que nazca el bebé.

Los primeros días de vida el bebé se alimenta de calostro o leche calostral hasta que «sube» la leche madura. Las características del calostro son tan concretas para el recién nacido que una de sus funciones principales es protegerlo, además de alimentarlo.

Algunas de sus peculiares características son:

- Es de color amarillento-anaranjado porque está saturado de vitaminas.
- Es «espeso» para ayudar al bebé en la coordinación de succionar, deglutir y respirar.
- Las cantidades son pequeñas igual que el estómago del bebé.
- Tapiza la mucosa intestinal del bebé y le protege de infecciones.
- Tiene gran cantidad de células vivas, lo que le da gran valor inmunológico.
- Tiene más proteínas que la leche madura.

Puede que lo comiences a ver desde el segundo trimestre como una secreción escasa, amarilla y espesa del pezón o puede que no llegues a verlo en ningún momento. Esto no determinará tu producción posterior ni el éxito de la lactancia, pero si lo ves, te ayudará a saber que estás preparada para alimentar a tu bebé y a confiar en tu proceso de lactancia.

Tras la salida de la placenta —denominado alumbramiento—, se producen enormes cambios hormonales y este estímulo es el responsable de la llamada subida de la leche —en algunos países, bajada de la leche— a los pocos días tras el parto.

Esta respuesta hormonal es tan grande que incluso cuando se desea inhibir la lactancia y se administra medicación para ello, a veces se nota esta «subida de la leche» con cambios inflamatorios igualmente.

Por su parte, la succión del bebé es el estímulo necesario y determinante para que se desencadene y mantenga una correcta producción de leche. Precisamente la mejor señal de éxito de la lactancia materna es la salida precoz, frecuente y eficaz de calostro y

leche materna.

Si deseas alimentar a tu bebé con leche materna, te animo a informarte antes del parto, confiar en tu cuerpo, rodearte de profesionales expertos en tu posparto y rodearte de una red de mujeres que hayan amamantado o estén amamantando.

La línea alba y otras cosas de la piel

Esta producción temprana de calostro no es ni mucho menos lo más visible de los cambios que están ocurriendo en tu cuerpo. Casi todo cambia en el embarazo en favor o a consecuencia de esa vida que crece en ti y por efecto principalmente de las hormonas.

La piel es el órgano más grande del cuerpo y es susceptible de dibujar cambios durante el embarazo como el aumento del vello o cambios en la pigmentación.

Del segundo trimestre en adelante las hormonas llamadas estrógenos y progesterona generan variaciones en la producción de melanina, responsable de que tu piel sea más morena con los rayos del sol. En el embarazo, la liberación de melanina puede llegar a producirse incluso sin exposición al sol, generando cambios en el color de tu piel.

Algunas mujeres pueden notar manchas o piel más morena en ciertas zonas de la cara —sobre todo en la frente, nariz, pómulos y labio superior— que se asemeja a una máscara. Esto es conocido como cloasma gravídico y suele desaparecer después del embarazo.

Es importante que tengas precaución con la exposición al sol y aplicar un fotoprotector con factores altos de protección, pues la sensibilidad al sol está muy aumentada en esta etapa y eso hace que se libere todavía más melanina, acentuando esos cambios en la pigmentación.

Las características del calostro son tan concretas para el recién nacido que una de sus funciones principales es protegerlo, además de alimentarlo.

Uno de los cambios en el color de la piel más llamativos en el embarazo ocurre en los pezones y areola, que suelen tornarse más oscuros, en especial en mujeres de piel morena. Es, además, una señal visual para el bebé cuando nace, pues lo hace con una visión borrosa, y ese contraste del color del pezón con la piel le ayuda a llegar hasta el alimento. Después del embarazo vuelve a su color normal de manera progresiva.

Otro de los cambios de la piel curiosos y propios del embarazo tiene que ver con una línea que cruza la tripa. Todos tenemos una línea invisible en la piel del abdomen llamada línea alba que interiormente es un tejido fibroso que une los músculos. Esa línea externamente se colorea en algunas mujeres dejando una veta más morena que el resto de la piel desde el pubis hasta la zona alta del abdomen. En el embarazo se le llama línea alba o línea nigra. A algunas mujeres no les sale y a otras no les gusta, pero no se puede hacer nada más que esperar unos meses tras el embarazo para que desaparezca. A mí, personalmente, me parece preciosa.

Mito

Hay ciertas leyendas en torno a ese dibujo del vientre.
Una de ellas cuenta que cuando la línea nigra es más oscura del ombligo hacia arriba en el abdomen, el bebé que esperas será una niña; y si es más oscura del ombligo para abajo,
será un niño. Esto no tiene ningún sustento científico pero apuesto que te estás mirando la tripa para intentar averiguarlo.

Las relaciones sexuales

Sin duda, la maternidad es un viaje de transformación a muchos niveles, desde tu lado más superficial al más íntimo. Tu manera de relacionarte contigo misma y con tu entorno se irá perfilando a través de cada etapa desde que deseas ser madre. Pero como en todo, aunque hay cosas en común, esto no es vivido de la misma manera por todas las mujeres, y la sexualidad a lo largo del embarazo es un temazo

lleno de tabúes, mitos, miedos y peculiaridades.

Las hormonas en este contexto vuelven a tener un papel importante en la mujer sexual que eres y el deseo en ocasiones se ve acentuado por esta «primavera» de emociones y otras mermado por el miedo o la incomodidad de ciertos síntomas propios del embarazo. Así lo relata Laura Cámara ——, matrona y sexóloga:

> El embarazo y el parto son un capítulo más en la vida sexual de una mujer y una pareja. No cualquier capítulo, sino uno importante, de los que te pone del revés. Tu vida sexual no va a ser la misma después de que tu cuerpo experimente el mayor cambio posible, tus emociones se vuelvan una montaña rusa y tu vida de pareja nunca más sea de pareja, sino, de repente, seáis
> —mínimo— tres.
> Hay estudios que demuestran que la sexualidad de las mujeres cambia con el solo hecho de saber que están embarazadas. Y es que algo hace clic en el cuerpo y en la mente cuando ese test da positivo. La maternidad te va a cambiar. Si, tu sexualidad también.
>
> Normalmente hablar de sexualidad se nos hace bola, porque no sé a ti, pero a mí, más allá de explicarme como se ponía un preservativo en un plátano, poco más me enseñaron.
>
> Demasiado a menudo vivimos la sexualidad como si anduviéramos en una cuerda floja. Paso a paso, con cuidado, haciendo equilibrios. Pero seamos realistas, cuando un poco de aire sopla, las manos ya no sirven para estabilizarnos y fácilmente nos caeremos. Pues te diré una cosa: el embarazo, el parto y la crianza son un huracán.
>
> Creo que podríamos estar de acuerdo, en que el sexo es importante en nuestras vidas, aunque a menudo, lo vivimos con vergüenza. Dar valor al modo en que nos relacionamos, al modo en que deseamos, nos excitamos y al espacio erótico y sexual que compartimos en pareja es muy importante. También lo es abordar las dificultades y mejorar todo aquello que se pueda mejorar antes de que el bebé llegue. Porque esto hará que cuando en la vida aparezcan rachas de viento, no os importe tambalearos porque tendréis una red de seguridad bajo vuestros pies.
>
> Preparaos para esta etapa. Aprended el uno del otro. Expresad vuestros intereses, malestares y deseos. Si tenéis dudas sobre vuestra sexualidad, resolvedlas. Si algo no va bien, sacadlo del cajón de las cosas olvidadas y trabajad en ello. Afianzad vuestra sexualidad antes de que las rachas de viento lleguen.
>
> El sexo en la pareja no es un coito, no es solo genital. El sexo es intimidad, son caricias, el vello que se te eriza cuando una mano te acaricia la espalda. Son duchas juntos, son abrazos inmensos, son besos cortos y besos con lengua. En la etapa de crianza puede bajar —mucho— el ritmo del sexo coital, o genital, pero no dejéis que la intimidad se vaya.

No dejéis de centraros en lo importante del sexo, que es el placer de la piel. Y sobre todo entended que el sexo no puede surgir cuando lo cargamos de exigencia, de reproches o de malestar. La comunicación será importante, porque el sexo no se puede vivir en silencio.

Es frecuente que el deseo disminuya, que las sensaciones cambien, y que la frecuencia de las relaciones baje. Y esto es lógico porque la crianza es una etapa muy exigente en muchos sentidos. A menudo estos cambios se viven con malestar en vez de con la comprensión suficiente.

Retomar el sexo después del parto no se puede hacer de un día para otro. El posparto te deja en un lugar opuesto totalmente a lo erótico o a lo sexual. Y no puedes pasar de ahí a escenificar una peli porno en unos días.

Una de las preguntas más frecuentes es: ¿cuándo se vuelven a recuperar las relaciones sexuales tras el parto? A lo que yo siempre respondo: ¿te refieres a los besos, a las caricias, a la masturbación, a desnudarnos lentamente, al sexo oral o a la postura del perrito? Todo esto es sexo, todo esto debe ocurrir, y no necesariamente todo a la vez, ni todo en el mismo momento.

Recuperar el sexo tras el parto es como empezar a entrenar para correr una maratón. Buscas tiempo, empiezas a entrenar, observas tus puntos débiles y los trabajas. Entrenas todos los días un poco hasta que, finalmente, estás preparada para hacerla.

Salvo algunas complicaciones como el sangrado o las contracciones uterinas, que harán que tu médico te contraindique mantener relaciones sexuales, el sexo durante el embarazo es seguro. Además, es tan amplio como sientas que te apetece practicarlo. Sola, en pareja, desde las caricias y hasta donde quieras llegar.

Mito

Creo necesario puntualizar que cuando tienes relaciones sexuales con penetración no hay ninguna interacción con el bebé en ese punto. Esto es una leyenda que he escuchado muchas veces y que lleva a muchas parejas a distanciarse de su deseo según avanza el embarazo.

El bebé está flotando en su bolsa de líquido amniótico, aislado del entorno exterior y también de la vagina a través del cuello del útero que, hasta el final del embarazo, en condiciones normales, se

encuentra cerrado.

Babymoon

El embarazo casi siempre acoge alguna época del año susceptible de querer tomar unas vacaciones, ya sea Navidad, Semana Santa o una escapada sin necesidad de excusas vacacionales. Es curioso porque hay mujeres que aprovechan para hacer algún viaje en el embarazo y lo llaman *babymoon,* que sería algo así como la luna de miel previa a la llegada del nuevo integrante de la familia.

Estar embarazada no es un impedimento para viajar, pero sí una condición de salud para la que debes tener en cuenta algunas medidas especiales.

El segundo trimestre es la mejor etapa para hacerlo, tanto por los síntomas maternos como de riesgos asociados al primer trimestre o la cercanía del parto. A partir de la semana veintiocho se recomienda que la estancia en los viajes no sea muy larga y a partir de la treinta y cuatro que sea preferiblemente corta.

Cuando elijas el destino y lugar de alojamiento, valora la cercanía a los hospitales y lleva tu historial del embarazo contigo. Te sugiero hacerte un seguro de salud para el viaje e incluir las coberturas en tu situación. Esto es importante, puesto que en algunos países los sistemas de salud tienen un precio muy elevado.

Las situaciones por las que se aconseja no viajar en el embarazo están relacionadas con haber tenido complicaciones en embarazos anteriores, alguna dificultad con la placenta, embarazo gemelar o patología asociada o no al embarazo actual.

Entre las precauciones que debes tener en cuenta están:

- Hidratarse a menudo. Esto te ayudará a sobrellevar el calor, aumentará tu tensión arterial y, además, en el embarazo hay más probabilidades de infecciones de orina y una buena hidratación podría ayudar a prevenirlo.
- Medidas antimosquitos. Puedes utilizar medidas físicas (ropa larga o mosquiteras) y repelentes de mosquitos especialmente en países tropicales con riesgo de transmisión de enfermedades por esta vía.

- Evitar el buceo.
- Evitar áreas donde sean necesarias vacunas que están contraindicadas en el embarazo como la fiebre amarilla, fiebre tifoidea o triple vírica entre otras.

Te dejo algunos *tips* que te pueden ayudar según el medio de transporte que vayas a usar:

AVIÓN

- No es recomendable que viajes en avión el último mes de embarazo y hasta siete días después del parto.
- Algunas compañías aéreas solicitan un certificado médico a partir de la semana veintiocho y pueden restringir el vuelo desde la semana treinta y dos.
- Los detectores de metales no suponen ningún riesgo.
- Es recomendable que te muevas y camines por el pasillo del avión, especialmente si el vuelo es largo para favorecer la circulación venosa de las piernas.
- Mantente siempre bien hidratada.

BARCO

- Las líneas de cruceros pueden restringir el viaje en el tercer trimestre de embarazo, incluso algunas compañías desde la semana veinticuatro.
- Pueden exigir un certificado médico que indique el tiempo de embarazo y la fecha estimada de parto, así como un examen médico o físico.
- También suelen tener servicio médico, pero no suele ser gratuito.

TREN

En el tren no suele haber restricciones relacionadas con el embarazo, aunque pueden requerir autorización médica si está muy próxima la fecha del parto.

COCHE

- Los viajes en coche son una buena opción para distancias cortas. Es importante que sepas que en el último mes no se aconseja la conducción en general.
- Para cada dos horas para favorecer la circulación de las piernas.
- Los *airbags* deben estar activados, pues su potencial protección supera los riesgos.
- El cinturón de seguridad colócalo con la cinta inferior por debajo del vientre y la cinta superior entre los pechos, cruzando uno de los hombros.

QUINTO 5 MES

Las mariposas que vienen con la primavera

Uno de los momentos más esperados desde que sabes que vas a ser madre y ves tu cuerpo cambiar es sentir a tu bebé. Esto suele ocurrir en torno a la semana veintidós, aunque muchas mujeres lo perciben desde mucho antes y otras después.

Es habitual que, si ya has tenido embarazos previos, lo percibas antes por la consciencia de lo que vas a sentir. También varían las sensaciones en función de la corporalidad materna, e incluso de la ubicación de la placenta, pues las mujeres con la placenta inserta en la parte anterior del útero —la parte del útero que da a la zona del ombligo de la mamá, y no a la zona de su espalda, que sería la parte posterior— suelen percibir los movimientos del bebé más tarde y con menos intensidad.

Lo que comienza pareciendo un aleteo de mariposa o una burbuja en el bajo vientre poco a poco irá convirtiéndose en algo tan real como evidente incluso al otro lado de la piel. Percibir los movimientos del bebé es tan especial como importante y, de hecho, desde que los notes claramente es bueno que te fijes en que ocurren a diario y varias veces a lo largo del día.

Los movimientos fetales son esenciales para el desarrollo normal del bebé y un signo de bienestar del mismo. Desde entonces serás capaz de notar de manera objetiva que todo va bien porque tu bebé te mantendrá informada. Y cuando tú lo notes, crecerá la ilusión de tu pareja o tu entorno por hacerlo también a través de tu tripa. Eso, probablemente, aún lleve unas semanas más, pero será especial y precioso ver a las personas que más quieres acercando su mano con mimo a tu vientre hasta notar esa esperada patada.

Lo que comienza pareciendo un aleteo de mariposa o una

burbuja en el bajo vientre poco a poco irá convirtiéndose en algo tan real como evidente incluso al otro lado de la piel.

Curiosidad

Los bebés en el útero cambian su posición, su postura, estiran y encogen sus extremidades…y también tienen hipo. Puede que te resulte llamativo cuando por primera vez percibas un movimiento leve pero rítmico. Corresponde al hipo fetal, más evidente a partir del tercer trimestre y también un signo de bienestar.

El hipo es una contracción involuntaria del diafragma que genera el cierre de las cuerdas vocales y de ahí ese sonido tan característico que genera. Por supuesto tu bebé dentro del útero no hace ningún sonido porque no hay aire sino líquido amniótico, que es lo que entra y sale de sus pulmones aún en pleno desarrollo. Es muy habitual y puede durar desde minutos hasta horas, no tienes que hacer nada para detenerlo ni para contrarrestarlo.

Ser capaz de notar al bebé aporta mucha realidad a la idea de que una personita está creciendo en ti y es un punto de inflexión en la conexión con él.

Hacia el final del embarazo los movimientos suelen ser menos numerosos y más bruscos. La disminución llamativa o la desaparición de movimientos fetales es un motivo para acudir a urgencias y comprobar que todo va bien.

En ocasiones, la vorágine del día a día te hace no ser tan consciente de estos movimientos y puede que sea en los momentos de calma cuando te resulte más fácil percibirlos. Si llevas varias horas sin notarlo, te aconsejo que pares a descansar un rato, te hidrates y tomes algo dulce. Esto probablemente estimule al bebé a moverse y a tus sentidos para percibirlo. Si no ocurre, es recomendable que lo consultes.

Porque el embarazo avanza y tu cuerpo se adapta a la nueva situación, también lo hace tu cerebro de manera irreversible. El término matrescencia hace referencia a la profunda transformación que conlleva la maternidad y que es importante para que te adaptes al nuevo rol. Fue acuñado por primera vez en 1973 por la antropóloga Dana Raphael y popularizado en 2008 por la psicóloga Aurelie Athan.

Por su parte, un equipo español de investigación dirigido por Susana Carmona ——, estudia los cambios neuronales asociados al embarazo y publicó, entre otros, un estudio de gran impacto en el que comparaba los cambios producidos en el cerebro de la mujer gestante con los producidos durante la adolescencia. Y es que, además del embarazo, la adolescencia es el único período vital en el que los niveles hormonales aumentan de manera tan brusca. En la adolescencia, el motivo del incremento de estos niveles es el desarrollo de los caracteres sexuales femeninos que hacen que la niña se convierta en una mujer, y el cerebro de la adolescente cambia encaminado a prepararse para la edad adulta. A nivel de estructura, los cambios que ocurren en la anatomía cerebral durante el embarazo son idénticos a los que ocurren en la adolescencia, tal y como describen los estudios de Susana Carmona.

Actualmente, aún están investigando el sustrato neuronal de estos cambios cerebrales. Una de las hipótesis es que se trata de un proceso de «poda sináptica». Durante la adolescencia, las ramificaciones de las neuronas se podan como lo hacen las ramas de un árbol para dejar crecer las que serán más enriquecedoras para el fruto esperado. En el cerebro materno, parece ocurrir algo similar. Se adaptan las conexiones neuronales, eliminando las más débiles en favor de las más relevantes para permitir, facilitar y favorecer los cambios de conducta requeridos en la nueva etapa. Estos cambios cerebrales y hormonales no nos hacen únicos, ocurren también en la naturaleza, cada vez que una mamífera gesta una nueva cría, e incluso cuando la recibe aún sin haberla gestado.

A los adolescentes esta transformación les hace mejores adultos y la matrescencia te prepara para ser la mejor madre de su mundo.

No solo cambia el cerebro materno, también lo hace el del padre en cierta medida, en especial en regiones relacionadas con la empatía y la atención. Para él es más complejo iniciar estos cambios previos al nacimiento, si bien sus hormonas juegan a favor del vínculo en

presencia de imágenes del bebé, sonidos o sensaciones relacionadas con el mismo. La mano que pone sobre tu tripa en el embarazo, esa patada que nota, la foto de esa ecografía que guarda con ilusión… su cuerpo lo percibe como pequeñas/grandes señales de que va a ser padre. Esto se potencia cuando nace el bebé y esa explosión hormonal despierta también el llamado instinto paternal.

Esta cita no es a ciegas. La ecografía morfológica

Ha llegado el momento de una de las ecografías más importantes de embarazo, la que se realiza en torno a la semana veinte y se conoce como ecografía morfológica. Se hace a través del abdomen y tiene lugar en estas semanas porque los órganos de tu bebé ya están prácticamente formados y a partir de ahora se dedicarán a madurar y crecer en tamaño, excepto el cerebro, que sigue cambiando incluso a lo largo de la niñez.

> *A los adolescentes esta transformación les hace mejores adultos y la matrescencia te prepara para ser la mejor madre de su mundo.*

Tiene ese nombre y su notable importancia en el control del embarazo porque en ella se visualizarán todas las estructuras externas e internas del bebé. Esta prueba es realizada por un especialista en ecografía obstétrica que valorará a través de ella:

- El latido cardiaco y los movimientos fetales.
- Las mediciones de tamaño de la cabecita, el abdomen y el fémur. Se comparan con referencias en tablas para valorar si es acorde a las semanas de embarazo y el percentil de crecimiento. Con estos datos se hace una estimación del peso del bebé en ese momento; recuerda que es aproximado.
- Órgano por órgano, su relación con la normalidad y se descartan rasgos patológicos desde el cerebro hasta los deditos de los pies.

También se valora el flujo sanguíneo de algunos órganos. A esto se le llama Doppler.

- La placenta en cuanto a su localización, grado de madurez e inserción del cordón umbilical, en el que también se observa el número de vasos sanguíneos (lo normal es que tenga tres vasos, dos arterias y una vena).
- La estimación de la cantidad de líquido amniótico.

En esta ecografía también se diagnostica o se confirma el sexo del bebé. Si no deseas saberlo, debes decirlo expresamente para que, además de no pronunciarlo el ecografista, lo deje reflejado en tu historia clínica y nadie se refiera a tu bebé de manera que te lo pueda desvelar.

No querer conocer el sexo hasta conocer al bebé es poco habitual en la actualidad, pero antes estaba muy extendido. De hecho, hasta mi propio nacimiento yo iba a ser Diego o Rocío. Personal y profesionalmente me parece precioso descubrirlo en la intimidad del parto —pero yo tampoco sé si aguantaría sin saberlo—. Tengo que «avisarte» de algo si así decides hacerlo, pues sospecho que vivirás en tu piel los comentarios en torno a la predicción del sexo del bebé en función de la forma de la barriga.

Mito

Puede que hasta tu vecina haya acertado lo que es por puro azar, con un 50 % de posibilidades, si afirmó con rotundidad que tu barriga es redondita y por eso esperarás una niña o si, por el contrario, la forma de pico ha de hacerte pensar nombres de varón. Tranquila, después solo tendrás que aguantar unos cuantos «te lo dije» mientras ya disfrutas del cachorrito que te ha convertido en su poderosa madre.

En el contrapunto, está a la orden del día la ya heredada tradición americana de las fiestas *gender reveal,* entendida como una fiesta de revelación del sexo del bebé en la que los padres o alguien de su entorno conoce si será niño o niña y prepara a modo de sorpresa la noticia.

Lo verdaderamente importante de esta ecografía quedará reflejado en un informe que más bien parece un jeroglífico de datos y mediciones. Si no estás acostumbrada a verlos, puedes interpretar algunos resultados con preocupación, por eso te recomiendo que confíes en la información que te da el especialista durante la prueba y aproveches ese momento para hacer las preguntas que te surjan. Si las dudas aparecen después, te sugiero buscar un espacio con tu matrona en consulta para resolverlas.

Vivimos en la era de la información y esta es una muy buena herramienta para tu proceso. Es interesante que conozcas las fuentes de datos fiables y consultes a tus profesionales de la salud cuáles son las más adecuadas, si bien no sustituyan una visita con tu matrona o gine.

Te refiero algunos lugares seguros de búsqueda de información sobre embarazo, parto y posparto:

EMBARAZO

- inatal.org. En esta web podrás encontrar una rueda semanal de información fiable y actualizada sobre el embarazo.
- saludmentalperinatal.es. Tiene un buscador de profesionales que pueden ayudarte si necesitas acompañamiento psicológico en esta etapa.

PARTO

- Guía de práctica clínica de atención al parto normal. Última guía creada hasta la fecha por el Ministerio de Sanidad en 2010. Puedes encontrarla y descargarla de manera gratuita en Internet.
- elpartoesnuestro.es. Es una asociación que defiende los derechos de las mujeres y la mejora en la atención a la maternidad.

POSPARTO, LACTANCIA Y PEDIATRÍA

- lactapp.es. Una aplicación y blog con información sobre la

lactancia materna actualizada.

- e-lactancia.org. Es un buscador sobre la compatibilidad de muchas sustancias con la lactancia materna. Es fiable y la utilizamos los profesionales en la práctica clínica.
- enfamilia.aeped.es. Creado por la Asociación Española de Pediatría con información para las familias.

Lo que también puede ocurrir y cómo sospecharlo

Existen circunstancias propias del embarazo que pueden generar complicaciones en tu salud o en la del bebé y por ello es recomendable que conozcas los síntomas por los que debes consultar a tu médico:

PREECLAMPSIA

Se caracteriza por un aumento de la presión arterial junto con alteraciones analíticas como la presencia de proteínas en la orina. El problema de base parece estar en la placenta, donde los vasos sanguíneos no funcionan de manera correcta y esto afecta a la circulación de la madre, aumentando su presión arterial.

Ocurre en menos del 5 % de los embarazos y suele aparecer a partir de la semana veinte, con más probabilidad en el tercer trimestre, e incluso tras el parto. Es una causa importante de morbilidad y mortalidad materna y fetal en el mundo, por lo que requiere un adecuado diagnóstico y seguimiento.

En ocasiones se estudia el riesgo de padecerla a través de los factores de riesgo asociados, parámetros analíticos, tensión arterial y la medición del flujo sanguíneo de las arterias uterinas en la ecografía del primer trimestre.

En el embarazo, se considera que la presión arterial está alta si la presión sistólica es igual o mayor a 140 mmHg, o si la presión diastólica es igual o mayor a 90 mmHg, lo que comúnmente se nombra como 14/9 de tensión arterial. **Acude a urgencias si tienes la tensión arterial elevada, dolor de cabeza o de estómago, visión borrosa o edema llamativo en las extremidades o la cara.**

Cuando se diagnostica, se lleva a cabo un tratamiento para bajar

la tensión arterial, ambulatorio en la mayoría de los casos, y seguimiento más estrecho del embarazo y el posparto. Por lo general, suele ser necesario adelantar el parto en función de las semanas de embarazo y la gravedad de la preeclampsia.

COLESTASIS

La colestasis intrahepática o colestasis del embarazo es una afección que puede ocurrir hacia el final y que está causada por una interrupción del flujo de bilis. En este caso la bilis —que es un fluido digestivo que ayuda a digerir las grasas—, en lugar de salir hacia el intestino, queda acumulada en el hígado y esos ácidos biliares acaban pasando a la sangre materna.

Los niveles elevados de ácidos biliares en sangre materna pueden causar complicaciones y poner en riesgo al bebé. **El síntoma principal es un picor intenso en las palmas de las manos y los pies, aunque también puede ser generalizado por el cuerpo. No hay sarpullido y podría ser más intenso de noche. Acude a urgencias si sientes este picor tan llamativo.**

El tratamiento suele ir encaminado a aliviar el picor y las posibles complicaciones de tu bebé. Si aumentan los niveles de ácidos biliares en sangre por encima de los límites de la seguridad del bebé, se propondrá la finalización de la gestación.

PLACENTA PREVIA

Es una variación de la normalidad de la localización de la placenta. Por lo general esta se desarrolla en la parte alta o lateral de la pared interna del útero. En este caso se sitúa bloqueando total o parcialmente el cuello del útero, lugar por donde el día del parto debería salir el bebé si se trata de uno vaginal.

Al estar sobre el cuello del útero, que es la zona del útero que se comunica con la vagina, en ocasiones puede generar sangrado en el embarazo o si se produjera cierta dilatación del cuello uterino —como ocurre en el contexto del parto—.

En ocasiones la placenta al principio está muy cerca del cuello del útero y, a medida que avanza el embarazo y crece el útero se va distanciando del mismo, corrigiendo esta situación por sí sola.

Cuando no se corrige y llegado el final del embarazo se mantiene la placenta previa, es necesario que el nacimiento sea por cesárea. El motivo es que el bebé no puede atravesar la placenta para salir al exterior y, además, esto generaría un sangrado que pondría en riesgo la salud de la madre y del bebé.

El diagnóstico se suele hacer mediante una ecografía rutinaria o tras un episodio de sangrado.

El principal síntoma es la expulsión vaginal de sangre roja brillante, acompañado o no de contracciones uterinas. Este sangrado puede darse a partir de la semana veinte o no producirse en ningún momento. Acude a urgencias ante cualquier sangrado activo vaginal, sea conocido o no el diagnóstico de placenta previa.

EDEMAS, VARICES Y HEMORROIDES

Uno de los cambios que genera el embarazo es el aumento del volumen sanguíneo. Sí, tienes el mismo circuito —tus arterias y venas —, el mismo motor —tu corazón—, pero más coches —ese aumento de volumen sanguíneo— mientras seáis dos personas en el mismo cuerpo. Esto hace entre otras cosas que tu frecuencia cardíaca aumente de manera progresiva con el embarazo y también que tus venas, especialmente las de las piernas, que suelen trabajar en contra de la gravedad, tengan alguna que otra dificultad para devolver la sangre al corazón. Si a esa dificultad le sumamos que el útero crece sobre la pelvis y aumentando la presión hacia tu tronco inferior, las piernas merecen que las comprendas.

Las varices se producen cuando la sangre se «estanca», entonces la vena se distiende. Es más probable, sobre todo en el embarazo, en las piernas, pero también pueden verse afectadas las venas de la vulva, generando varices vulvares, o las del recto, originando las conocidas hemorroides. A esto se le puede añadir la posibilidad de que parte del líquido que contiene la sangre en las venas salga al exterior de las mismas, produciendo un hinchazón que recibe el nombre de edema y que, además, se acentúa con el calor del verano.

Si estos síntomas te resultaran incómodos y, aunque mejorarán tras el parto, sigue algunos *tips* para sobrellevarlos hasta entonces:

- Favorece el retorno venoso descansando con los pies en alto.
- Evita los ambientes muy calurosos.
- Realiza posturas o estiramientos invertidos (el pecho por debajo de la pelvis), para disminuir la presión del peso del útero sobre tu tren inferior.
- Utiliza medias de compresión pautadas por tu médico (aunque pueden empeorar el cuadro en caso de varices vulvares).
- Haz ejercicio con frecuencia.
- Descansa tumbada de lado.
- Evita el estreñimiento.
- Realiza masajes que favorezcan el drenaje en las piernas.

Si el edema o el hinchazón es brusco y doloroso, requiere que lo consultes para su evaluación.

Situaciones y sustancias cotidianas: qué sí y qué no

A veces son las pequeñas cosas las que más nos hacen dudar en el día a día. Recibo muchas preguntas sobre acciones cotidianas que con la noticia del embarazo te hacen pensar si en esa etapa te pueden perjudicar a ti o al bebé.

En esta tabla resumo algunas de las dudas más frecuentes sobre las sustancias que sí son compatibles con el embarazo y las que no lo son:

	PORQUÉ
Baños de inmersión	Sí, el bebé está aislado dentro del útero y si rompes la bolsa durante el baño te enterarás un ratito después, no hay ningún peligro —siempre que el agua sea limpia—. ¡Disfruta del chapuzón!
Dentista	Es recomendable hacer una revisión de tu salud bucodental durante el embarazo. Además, en caso de necesitarlo, la mayoría de los anestésicos locales que se utilizan son compatibles.
Tinte del pelo	Tinte sin amoniaco, la absorción por el cuero cabelludo es mínima según indica la ciencia, aunque se recomienda aclarar lo más pronto posible tras la aplicación y utilizar guantes si la embarazada es la persona que lo aplica.
Protección solar	Mejor protección fotoprotección mineral antes que química.
Conciertos de música	Con cierta precaución: es recomendable evitar aglomeraciones que puedan golpear tu abdomen o puedas marearte.
Autobronceadores	Sí, para lucir bronceado sin exponerte al sol en el

embarazo.

Detección de metales en aeropuerto/tren	No supone ningún peligro.
Tatuajes	Tatuarse con un buen control higiénico sanitario y un taller profesional autorizado al hacerse un tatuaje para evitar la transmisión de enfermedades como la hepatitis B, la hepatitis C, el VIH u otras infecciones. No está contraindicado, aunque es recomendable que esperes a finalizar la gestación y lactancia para hacerlo.

	POR QUÉ
Depilación láser	No se aconseja por la sensibilidad aumentada de la piel en el embarazo, si bien no está demostrado que pueda afectar de manera negativa al curso del embarazo ni al bebé.
Estadios	Tienen una alta concentración de yodo que se absorbe y puede pasar la barrera placentaria, pudiendo afectar al tiroides inmaduro del bebé.
Radiografías	Solo si es estrictamente necesario y evitando la zona abdominal-pélvica.
Spa/termas	Mejor que evites lugares con altas temperaturas porque tienes riesgo de que tu tensión arterial baje demasiado y te genere mareo.
Retinol	Puede ser perjudicial para el feto.
Manicura permanente	No hay mucha evidencia sobre esta contraindicación, pero es aconsejable que utilices esmaltes libres de tóxicos y evites la acetona. Si decides realizarla, usa fotoprotector en las manos.
Kombucha	Es un producto pasteurizado y tiene trazas del alcohol por efecto de la fermentación natural —a pesar de no ser una bebida alcohólica—.
Donar sangre	No es posible durante el embarazo y hasta seis meses posparto o la finalización de la lactancia materna.

TU BEBÉ NO ES UNA TOSTADA, PERO ESTÁ «UNTADO EN QUESO»

A partir de la semana veinte las glándulas de la piel de tu bebé empiezan a segregar una sustancia blanquecina y aceitosa que se llama vernix caseosa. El origen de su nombre proviene del latín y su traducción es tan sorprendente como descriptiva, pues vernix significa «barniz» y caseosa significa «queso», en conjunto sería algo así como queso de untar.

Su formación coincide con la de la capa más externa de la piel que, curiosamente, solo puede desarrollarse en un ambiente seco.

Como comprenderás, vivir flotando en líquido amniótico no implica un ambiente seco, por lo que uno de los papeles del vernix es aislar y proteger la piel del bebé del líquido amniótico dentro del útero para que no se agriete.

A partir de la semana treinta y seis disminuye su producción y hacia la cuarenta y una apenas se aprecia. A muchos bebés se les puede ver esta capa «mantecosa» cuando nacen y no se debe retirar ni limpiar, puesto que se absorbe en pocas horas, les ayuda a mantener la temperatura, hidratar y proteger la piel.

Antiguamente se bañaba a los bebés nada más nacer, e incluso se les entregaba a sus madres ya vestidos. Esto no es correcto y, de hecho, no se les debe separar del contacto piel con piel con la madre hasta al menos dos horas tras el nacimiento. Ni mucho menos bañarles.

Su primer baño no debe ser anterior a las veinticuatro horas del nacimiento. Incluso se recomienda retrasarlo hasta las cuarenta y ocho/setenta y dos horas. El motivo principal es, precisamente, no retirar esta capa grasa que recubre y protege su piel y evitar los cambios bruscos de temperatura.

Cuando tu bebé nazca no estará sucio, olerá maravillosamente bien, traerá en su piel sustancias propias del embarazo y el parto que le ayudarán a adaptarse al medio extrauterino y necesitará en abundancia el contacto con tu piel para sentir que se reencuentra consigo mismo. Seguiréis siendo uno.

SEXTO 6 MES

La dulzura que te trae a veces el embarazo

Prueba de la glucosa

Entre las semanas veinticuatro y veintiocho tendrás planificada la analítica del segundo trimestre, y posiblemente con ella la prueba de la glucosa, llamado test de O'Sullivan. El objetivo de esta prueba es detectar el riesgo aumentado de diabetes gestacional en las mujeres embarazadas.

Este es un epígrafe «especial» para mí porque hablaré de una enfermedad que vino para quedarse conmigo hace apenas un año. En septiembre de 2022 me diagnosticaron diabetes tipo 1 —pronto te explico qué es eso de los «tipos»—. A pesar de dedicarme al mundo sanitario, no era consciente de hasta dónde podía calarme una enfermedad como esta y aún trabajo en aceptar este «para siempre» que no tuve opción de elegir y busco el equilibrio cada día para mantener mi salud.

Quiero explicarte algunos conceptos que muchas veces se dan por entendidos, pero que son importantes para contextualizar. La glucemia es el nivel de glucosa en sangre. Cuando los valores de glucemia están por debajo de lo normal se conoce como hipoglucemia, y cuando están por encima, como hiperglucemia.

La insulina es una hormona que segrega el páncreas y actúa uniéndose a la glucosa de la sangre para que esta pueda ser utilizada por los músculos y el cerebro como fuente de energía. Digamos que es como «la llave» para poder entrar en los órganos que necesitan la glucosa. Cuando la glucosa en sangre se mantiene excesivamente alta, suele ser por un problema con la insulina y recibe el nombre de diabetes. Hay tres tipos:

- *Diabetes tipo 1*. Es una enfermedad crónica de causa desconocida

en la que el páncreas deja de fabricar insulina. Digamos que tenemos el «llavero vacío», no tenemos insulina. El tratamiento consiste en autoadministrarse insulina inyectada para poder asimilar la glucosa de la sangre y que los órganos puedan aprovecharla.

- *Diabetes tipo 2.* Es una enfermedad crónica de causa multifactorial. Se debe a una utilización ineficaz de la insulina por el organismo. Aquí las «llaves» no casan con las cerraduras, entonces la glucosa está elevada en la sangre porque tampoco puede entrar en los órganos para ser utilizada.
- *Diabetes gestacional.* Es un estado de hiperglucemia por el aumento de la resistencia a la insulina iniciado en el embarazo. En este caso, son las hormonas propias de la gestación las que provocan que las «llaves» no casen con las cerraduras de manera transitoria. Los niveles normales de glucemia suelen volver cuando finaliza el mismo.

Otra de las razones por las que este epígrafe es algo más extenso que el resto es que la diabetes gestacional es una de las patologías más comunes del embarazo, diagnosticándose entre un 5-10 % de todas las gestantes. Por esa razón en España se hace el test de O'Sullivan de manera universal a todas las gestantes.

Habitualmente se realiza entre las semanas veinticuatro y veintiocho, que es cuando aumenta la resistencia a la insulina en el embarazo. También está indicado hacer las pruebas de descarte de diabetes gestacional en el primer trimestre si hay factores de riesgo como:

- edad mayor de treinta y cinco años,
- diabetes gestacional en el embarazo previo,
- hijo previo con un peso mayor a cuatro kilos,
- obesidad al inicio del embarazo,
- antecedentes de diabetes en familiares de primer grado.

En el tercer trimestre está indicado realizar el cribado en las mujeres que no se lo han hecho con antelación o desarrollen complicaciones que hagan sospechar de la aparición de esta patología. Para esta prueba no es necesario acudir en ayunas y consiste en:

- Medir la glucemia en el momento inicial.
- Tomar un jarabe que contiene exactamente cincuenta gramos de glucosa.
- Medir la glucemia a la hora de tomarlo (en esa hora no se puede comer, beber ni hacer actividad física).

De esta manera se objetiva cómo gestiona tu cuerpo la glucosa y la insulina. Un resultado normal sería una medición a la hora menor de 140 mg/dl.

Este test es un cribado, esto quiere decir que si el resultado sale alterado es necesaria otra prueba, para confirmar el diagnóstico, que se llama sobrecarga oral de glucosa (SOG) y consiste en ingerir cien gramos de glucosa y hacer tres mediciones de glucemia sucesivas en tres horas.

La prueba en ocasiones puede ser molesta para las mujeres, puesto que el jarabe que es preciso ingerir puede ocasionar náuseas, e incluso vómitos. Como el resto de pruebas no es obligatoria, aunque sí es importante descartar esta patología, y existen otras formas de hacerlo, por ejemplo:

- *Hemoglobina glicosilada en primer trimestre.* Es un valor analítico que muestra un porcentaje que hace referencia a un promedio de tus glucemias en los últimos tres meses. Es una buena opción en el caso de que tengas que descartar esta patología previa al embarazo o durante el primer trimestre, pero no es tan fiable a partir del segundo trimestre.
- *Glucemia después de la ingesta de cincuenta gramos de hidratos de carbono en forma de comida.* Consiste en comprobar el nivel de glucemia en sangre antes de ingerir el alimento —que contenga cincuenta gramos de hidrato de carbono simple, como una barrita energética que lo especifique— y una hora después. Es muy parecido al test de O'Sullivan, pero con una mejor tolerancia en la ingesta de dicha cantidad de azúcar. No hay evidencia suficiente para determinar si es igual o mejor que el test habitual.
- *Perfil glucémico.* Durante un período de al menos siete días la mujer se realiza mediciones de la glucemia en ayunas, antes de la comida y una o dos horas después de las comidas

manteniendo su dieta habitual. Es una manera precisa de conocer la tolerancia a los hidratos de carbono y la capacidad de su cuerpo para gestionarlo. Los valores normales serían:

- Glucemia basal (ayunas o antes de comer): 70-80 mg/dl.
- Glucemia una hora después de comer: 110-130 mg/dl.
- Glucemia dos horas después de comer: en torno a 100 mg/dl.

Si en cualquier caso los valores salen alterados, está indicado realizar la prueba diagnóstica —curva larga de cien gramos de glucosa — o continuar con el control glucémico y el seguimiento médico para estabilizar los niveles de glucosa en sangre.

Es importante detectar si se está produciendo este estado de hiperglucemia porque esto podría conllevar riesgos para la madre y para el bebé como hipoglucemia neonatal tras el nacimiento, parto prematuro, bebé con un peso mayor del esperado, preeclampsia, colestasis o desarrollo de diabetes tipo 2 en el posparto.

Estos riesgos disminuyen o desaparecen sí, incluso a pesar del diagnóstico de diabetes, se consiguen niveles normales de glucosa en sangre mantenidos en el tiempo.

Cuando la mujer tiene diabetes previa al embarazo, tipo 1 o tipo 2, no es necesario realizar las pruebas de cribado de diabetes gestacional y el tratamiento debe ajustarse para mantener glucemias comprendidas en valores seguros para el desarrollo del embarazo.

Los objetivos de glucemia en el embarazo con diabetes son:

70-95 mg/dl	Glucemia basal
≤ 140 mg/dl	Glucemia una hora después de comer
≤ 120 mg/dl	Glucemia dos horas después de comer

Es recomendable que realices al menos cuatro controles de glucemia capilar —pinchándote en el dedo y midiendo con el glucómetro— al día: antes y después del desayuno y de la comida o la cena —en días alternos, por ejemplo, un día después de la comida y al siguiente después de la cena—. Puedes utilizar un sensor de monitorización continua de glucosa que disminuirá el número de pinchazos diarios y favorecerá el autoconocimiento de la tolerancia a los hidratos de carbono.

El manejo de la diabetes gestacional para mantener las glucemias

en el objetivo suele ir enfocado a la dieta y el ejercicio, aunque un 20 % de las mujeres necesitan tratamiento farmacológico.

Hay varios consejos nutricionales que pueden ayudarte a mantener tu glucosa en rango:

- Aprende a identificar los hidratos de carbono, que se corresponden con los nutrientes que acaban convirtiéndose en glucosa en el organismo y, por tanto, modifica tu glucemia de manera más llamativa. De entre los alimentos ricos en hidratos de carbono prioriza las verduras, pues aportan vitaminas, minerales, agua y fibra; las legumbres, que generan una absorción lenta, y las frutas menos maduras.
- Evita los zumos y los alimentos procesados con azúcares añadidos.
- Escoge granos integrales para panes, pastas y arroz, pues elevará tu glucemia de manera más progresiva y esto beneficiará el control glucémico.
- Incorpora a tu dieta un puñadito de frutos secos al día, son grasas saludables que favorecen el control glucémico y la saciedad.
- En tus comidas, deja los hidratos de carbono para el final. Empezar por las proteínas —carnes, pescados…— ayuda a un mejor control glucémico.
- Anímate a dar un paseo de al menos quince o veinte minutos después de las comidas.

Por su parte, la práctica de ejercicio en el embarazo mejorará los niveles de glucemia. Te animo a que te hagas un control de tus niveles las primeras veces que realices ejercicio y alcances una rutina para favorecer una mayor estabilidad.

Si has tenido diabetes gestacional, pasadas al menos seis semanas tras el parto, te propondrán realizar un control para verificar que tu nivel de glucosa en sangre haya vuelto a la normalidad, como suele ocurrir en la mayoría de los casos. Aun así, se deberá evaluar tu riesgo de diabetes aproximadamente cada tres años.

El relato Iris —@iristypeone—, una de las fundadoras de Diabefem, una comunidad femenina de acompañamiento y empoderamiento en diabetes, que tiene diabetes tipo 1, posiblemente

te haga entender mejor esta condición en el embarazo:

> Mi camino a la maternidad fue largo, y una vez embarazada, crecieron los miedos y las dudas que tenía acerca de la seguridad del feto y de si sería capaz de mantener unos niveles de glucemia casi como si no tuviera diabetes.
> Nunca he pensado que seamos guerreras y tampoco quería serlo durante el embarazo. Quería conseguir un equilibrio entre la diabetes y mi salud mental.
>
> Gracias a la educación diabetológica, a la tecnología que nos ayuda a vivir —en mi caso uso una bomba de insulina asociada a un medidor continuo de glucosa—, una alimentación saludable, el apoyo constante de mi endocrino y de mi psicóloga, la diabetes se convirtió en una aliada.
>
> Lo ideal es que las mujeres con diabetes tipo 1 hablen de su deseo de embarazo con su endocrino para evitar complicaciones y que todo vaya lo mejor posible.
>
> Durante casi todo el embarazo seguí usando la bomba de insulina, que dispone de un algoritmo, el cual fue aprendiendo y ayudándome, junto con mi gestión, en momentos de más sensibilidad e hipoglucemias —en el primer trimestre— o momentos de más resistencia a la insulina, hacia el final del embarazo.
>
> En el segundo trimestre pasaba más de 85 % del tiempo en rango: gracias a los medidores continuos de glucosa sabemos que el tiempo en rango tiene más relevancia que el dato aislado de la hemoglobina glicosilada. Esto me motivó a seguir el resto del embarazo con más tranquilidad.
>
> Hay más de cuarenta y dos factores que afectan a nuestras glucemias y muchas cosas que se escapan de nuestro control. Por ello, la autocompasión es algo que me ha ayudado también en este viaje: no olvidemos que no somos un páncreas, ni tampoco la diabetes es el único condicionante de salud en nuestra vida; los números no siempre reflejan nuestro esfuerzo y mucho menos nuestro valor como personas.
>
> Sí, lo conseguí, porque, aunque mi embarazo fue mucho mejor de lo que había imaginado, el final y el parto fueron complicados, pero todo mereció la pena por tener a nuestro hijo con nosotros.

El inicio de una nueva etapa, la viabilidad fetal

Casi rozando la semana veinticuatro tu bebé ya es del tamaño de una mazorca de maíz —la mazorca de maíz más preciada de tu mundo— y está en un momento clave del desarrollo porque sus pulmones empiezan a segregar una sustancia llamada surfactante.

El surfactante reduce la tensión pulmonar, contribuyendo a la distensión de los pulmones en el momento del nacimiento y permitiendo la respiración. Esto no significa que sea lo suficientemente maduro como para adaptarse con facilidad a la vida fuera del útero, pero sí marca el principio de una nueva etapa, lo que se conoce como viabilidad fetal.

Se dice que un feto es «viable» cuando tiene la capacidad de sobrevivir fuera del útero. Aunque la Organización Mundial de la Salud establece un límite inferior de viabilidad en las veintidós semanas de gestación o quinientos gramos de peso —o veinticinco centímetros de talla al nacer—, lo cierto es que la definición de los límites de viabilidad no está del todo clara y difiere de unos países a otros. Esto es porque la supervivencia y salud del bebé dependen de la variabilidad entre individuos, escenarios y comunidades, si bien tener pautas sobre el umbral de la viabilidad es determinante para el inicio de la reanimación tras el nacimiento o la discusión sobre ello entre el personal médico y las familias.

Es bonito pensar que tu bebé se está preparando para conocerte al otro lado de la piel y, mientras tú comienzas a imaginarle, tu cuerpo sigue cambiando al ritmo vertiginoso que marca la vida.

Primeras olas con las que se puede navegar y con las que no. Parto prematuro

A medida que el bebé crece el útero se distiende ocupando cada vez más espacio en tu abdomen. Además de elongarse, las fibras musculares del órgano que alberga a tu pequeño se cargan de receptores de oxitocina, la hormona que le ayudará a contraerse cuando llegue el momento del parto.

Estos receptores aumentan progresivamente a lo largo del embarazo y se acentúan de manera muy notable a partir de la semana treinta y dos, incrementándose trescientas veces para el trabajo de parto. De manera que el útero es cada vez más sensible a la oxitocina y esto hace que lo sea a la aparición de contracciones. Como es un órgano muscular, una contracción del mismo implica que las fibras musculares se tensen y esto se perciba también al tocar la tripa, que adquiere una consistencia «dura» durante la misma.

Las contracciones son variables en intensidad, frecuencia y duración. A veces son imperceptibles, e incluso pueden confundirse con movimientos del bebé cuando son muy leves. A medida que aumentan en intensidad se pueden percibir como un dolor de regla en la parte baja del abdomen o en la zona lumbar.

La metáfora de las olas para hablar de las contracciones del útero está muy extendida entre las profesionales que os acompañamos en esta etapa. Para mí es una manera preciosa de explicar/entender el proceso y en este punto quiero empezar a hablarte de ellas.

Las contracciones se parecen a las olas porque son motor, fluidez y llevan a la orilla. Pero no todos los mares son iguales. Suelo hablar de tres mares que siento cerca:

- El mar Menor nos habla de las olas con las que podemos navegar en el embarazo sin que necesariamente nos acerquen a la orilla.
- El Mediterráneo y su irregularidad en el oleaje nos recuerda a las contracciones del preparto.
- El Atlántico como un vivo motor de olas que nos llevará a la orilla entre contracciones propias del parto.

En este apartado nos ocupan las olas del mar Menor que invitan a navegar con calma. Estas contracciones no están destinadas a desencadenar el parto, ni estas olas a llevarnos a la orilla. Son las llamadas contracciones de Braxton Hicks y a tu útero, placenta y bebé les sirve como «ensayo» para el día del nacimiento. Es normal que aparezcan aisladas y leves a medida que avanza el embarazo.

Si notas estas contracciones, aunque leves, muy persistentes, y ese mar Menor empieza a parecerse al Mediterráneo, con olas que requieren tu atención, es recomendable que:

- bebas agua con especial interés para favorecer la hidratación,
- realices estiramientos que permitan soltar los músculos de tu abdomen o pidas cita con tu fisioterapeuta especialista,
- favorezcas el descanso, no necesariamente haciendo reposo, pero sí bajando el ritmo.

Cuando tu percepción de las contracciones se acentúa en

intensidad y frecuencia, y parece que el Mediterráneo viene para quedarse antes de tiempo —antes de la semana treinta y siete—, es recomendable que acudas a urgencias para valorar si están generando cambios en el cuello del útero —acercándote al parto—. La mayoría de las veces queda en un susto, pero otras, requiere tratamiento para parar las contracciones y favorecer la maduración de los pulmones del bebé por si finalmente naciera antes de tiempo.

> *Las contracciones se parecen a las olas porque son motor, fluidez y llevan a la orilla.*

El parto prematuro se define como el nacimiento del bebé desde el umbral de la viabilidad fetal hasta la semana treinta y siete de gestación. El origen de que esto ocurra es multifactorial. Algunos de los factores de riesgo son:

- Útero muy distendido (embarazo gemelar, mucho líquido amniótico).
- Infección (particularmente del líquido amniótico y del tracto genital inferior).
- Antecedentes de parto prematuro anterior.
- Consumo de tabaco.
- Estrés.

Sin embargo, en ocasiones no se sabe la causa que lo desencadena y no está asociado a ningún factor conocido. La preocupación es prácticamente inevitable, pero en realidad debemos focalizar la energía en favorecer que los días sumen dentro de la tripa y asegurar una atención prenatal adecuada por parte del equipo de neonatología del hospital donde vaya a nacer tu bebé.

Cuando los bebés nacen antes de tiempo suelen ingresar en la unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN), donde continúa su maduración y crecimiento fuera del útero. Esta es una posibilidad que la mayoría de las familias no tienen presente, que genera preocupación, miedos y un gran choque de expectativas. Calma, no estás sola, no es tu culpa, y «esto también pasará».

En las UCIN hay profesionales maravillosas que favorecerán el contacto precoz con tu bebé. Deberías poder estar con él todo el tiempo que quieras, estimular el pecho para ofrecerle lo que para él será oro líquido y sentirte acogida en vuestra segunda casa por una etapa que vivirá en ti para siempre.

Vientre, corazón y voz

Hace meses que el pequeño que crece en tu vientre es un buceador, hace semanas que es capaz de percibir los sonidos de tu corazón y pocos días desde que es capaz de escuchar tu voz. Su oído en estos momentos de la gestación está lo suficientemente desarrollado como para percibir sonidos. Los percibe amortiguados por las capas que lo rodean y el líquido amniótico en el que «bucea», tal y como tú los oirías si estuvieras bajo el agua.

> *Hablar con el bebé en la etapa prenatal es parte de la onstrucción de una conexión que fortalecerá vuestro vínculo y os unirá para siempre.*

Escucha con más «claridad» aquellos que provienen de su madre y, por supuesto, no los sabe interpretar, pero es capaz de sobresaltarse ante los más llamativos y familiarizarse con los que considera cotidianos. Posiblemente también sea capaz de familiarizarse con voces más graves, que pueden proceder del otro progenitor.

Hablar con el bebé en la etapa prenatal es parte de la construcción de una conexión que fortalecerá vuestro vínculo y os unirá para siempre. Por ello te animo a hacerlo en pareja si la hay. Habladle sobre cómo es vuestro mundo al otro lado de la piel, quién le espera y cómo preparáis su llegada. Cuéntale que le has soñado, que a ratos te imaginas en todas las etapas de su vida y otras la incertidumbre te lleva a preguntarte si serás «buena madre».

Te propongo que le escribas una carta, le cantes canciones, y hagáis vuestro cada recuerdo de los padres que ya sois, incluso antes de encontraros con él, en este mundo de luz. También puedes

escuchar música, hacer una lista de reproducción propia de tu embarazo que te haga sentir bien, que te ayude a conectar con el bebé y a volver a la calma. Esa melodía será vuestra, de cuando vivíais en un mismo cuerpo, y probablemente te ayude a fluir en el parto y también en el posparto.

Mito

No es cierto que a través de la tripa los bebés puedan escuchar música y eso les genere algún tipo de beneficio, pero si la música te ayuda a conectar con tus emociones y tu pequeño, esto se traducirá en beneficios para los dos.

Del sueño al insomnio

Duerme como puedas, pero duerme. Los casi nueve meses más brutales de tu vida mamífera pueden hacer que toques con la punta de los dedos los curiosos extremos de ciertas situaciones. Eso les ocurre a algunas mujeres con el sueño en el embarazo.

El primer trimestre te invita a echar una siesta en cada esquina, a coger con sueño profundo la cama, el sofá, e incluso un corto viaje en coche. La protagonista de esta sensación es la progesterona, esa hormona que está de tu parte para mantener y cuidar de tu embarazo.

Progresivamente la sensación de cansancio deja paso a un aumento de energía en el segundo trimestre que acaba tornando en un insomnio según se avecina la recta final del embarazo. Las causas del insomnio son diversas:

- *Ganas de orinar con frecuencia.* Esto es porque el peso del útero se apoya sobre la vejiga y no le permite llenarse demasiado.
- *Reflujo o acidez.* Te puede ayudar cenar pronto, beber menos líquidos en la cena y elegir alimentos densos y poco irritantes. Si se acentúa esta molestia, tu médico puede recetar algún antiácido.
- *Movimientos fetales.* Cuando buscas la calma, a veces al bebé le

parece el momento perfecto para hacerse notar. A medida que crece puede generar cierta molestia, porque sus movimientos son muy bruscos.

- *Síndrome de piernas inquietas.* Es una sensación de nerviosismo, incomodidad y movimiento involuntario de las piernas. Puede disminuir con el ejercicio físico durante el día o los masajes. Suele desaparecer después del parto.
- *Contracciones de Braxton Hicks.* Las olas navegables de las que hablamos hace unas cuantas páginas en ocasiones pueden dificultar o interrumpir el sueño. Mientras no sean dolorosas ni regulares, no tienes de qué preocuparte. Una ducha o baño con agua caliente puede aliviarlas y favorecer tu descanso.
- *Preocupaciones propias del embarazo o la vida.* La vorágine del día a día nos lleva a la cama las más aterradoras noticias para masticarlas en el momento que más cansadas estamos y menos solución tienen. A mí me pasa a menudo y no estoy embarazada. Calma, dile a ese pensamiento que mañana os veréis las caras con las pilas cargadas.

Si no consigues dormir, a pesar de todo, te aconsejo que no luches contra ello, sino más bien que aproveches para levantarte a leer o hacer alguna actividad que te relaje. Y si se acentúa o se alarga en el tiempo, consúltalo con tu ginecólogo por si puede beneficiarte el manejo farmacológico.

Cuando el sueño esté de vuelta, retomar la cama. Pero, cuando vuelvas a la cama, ¿tendrás que tumbarte de lado izquierdo? Esto es una pregunta habitual que preocupa a algunas mujeres.

Mito

¿Pero es verdad que debes recostarte en esta postura? Se recomienda hacerlo de este lado para evitar que les baje la tensión. El motivo es que al ponerte boca arriba el peso del útero puede comprimir la vena cava —que sube por la parte posterior derecha del abdomen— y hacer que baje la tensión. Si esto ocurre, te sentirás mareada e incómoda y la sensación te llevaría a cambiar de posición espontáneamente hacia uno de los lados. Siendo estrictas, colocarte del lado izquierdo es más liberador para prevenir la compresión de la

vena. Siento realistas, es inviable y nada aconsejable mantener durante toda una noche y a lo largo de los días/semanas la misma postura para dormir.

Duerme como estés cómoda, probablemente estés alternando los lados o al menos ligeramente hacia ellos. Utiliza cojines, esto facilitará encontrar la postura que te resulta más confortable, e incluso si has decidido escoger uno para la lactancia, puedes empezar a aprovecharlo ahora. Por cierto, ¿sabías que los bebés dentro del útero tienen períodos de sueño y despertar? Eso sí, no tienen un sueño estructurado en ciclos como los adultos. Eso empieza a ocurrir en torno a los seis meses de vida.

SÉPTIMO 7 MES

La mal llamada preparación al parto

La preparación al parto es una iniciativa de promoción de la salud impartida por matronas a mujeres embarazadas y sus acompañantes, habitualmente en el tercer trimestre.

A mi forma de ver, está mal llamada, porque el parto es uno de los momentos más instintivos y mamíferos de la vida de las mujeres. Y sí, esos adjetivos denotan que no necesitas preparación para ello. Sin embargo, las mujeres no convivimos con el proceso del parto a lo largo de nuestra vida, no vemos nacer a nuestros familiares más pequeños, incluso a veces tenemos dificultad para hablar de ello con los niños cuando por primera vez nos preguntan cómo vinieron al mundo. Esa «cigüeña» que traía a los niños desde París nos ha distanciado durante varias generaciones de lo que somos en esencia, mamíferas.

Yo entiendo la preparación al parto como una forma de obtener información. Y la información es poder; es la mejor herramienta para conectar con tu cuerpo y, por tanto, te abrirá las puertas del conocimiento sobre lo que pronto sucederá, favoreciendo la confianza que tanto te ayudará a fluir en la recta final del embarazo y en la maternidad en su conjunto. Esto también fortalecerá el empoderamiento en la toma de decisiones sobre tu proceso y aliviará el miedo que causan, a veces, las dudas.

Es habitual que las premisas que tengas de lo que es el parto estén fundamentadas en la experiencia de las mujeres de tu entorno o de la información que recibes de medios de comunicación, películas, etc., en definitiva, la cultura que rodea al parto en tu alrededor. Esto ha generado en ti unas expectativas determinadas. Yo te animo a que estés abierta a crear tu propia historia, a vivir tu proceso de embarazo, parto y posparto, porque dos mujeres con un parto de características muy similares pueden haberlo vivido de manera completamente

diferente.

¿Sabes cuando ves una luna enorme y preciosa e intentas hacerle una foto para inmortalizarla y enseñársela a todo el mundo, pero la foto nunca expresa la que ves con tus ojos? Así son las emociones del parto, impresionantes de vivir y muy difíciles de explicar.

Las emociones del parto son lo que más perdura en el recuerdo, lo hacen trascendental. Entendiendo la palabra trascendental como algo que deja huella para siempre, que perdura y que transforma desde lo más profundo.

Cuando imparto sesiones de preparación al parto siempre pregunto a cada mujer y su pareja sobre un momento trascendental que recuerden en su vida. Suelo empezar yo, para romper el hielo, explicando lo especial que fue para mí situarme bajo una cascada en Bali y notar la caída del agua. Sentí una conexión con la naturaleza que no había percibido antes, la fuerza que me transmitió aquello me acompaña desde entonces. Para mí fue trascendental. Así es, soy intensa de nacimiento y disfrutona en crecimiento.

¿Sabes cuando ves una luna enorme y preciosa e intentas hacerle una foto para inmortalizarla y enseñársela a todo el mundo, pero la foto nunca expresa la que ves con tus ojos? Así son las emociones del parto, impresionantes de vivir y muy difíciles de explicar.

Te propongo pensar ahora una experiencia trascendental que hayas vivido y te animo a dejar un huequecito entre esas vivencias que te cambiaron para siempre, el parto se colocará en el pódium.

La preparación al parto es un buen momento para aprender sobre el proceso de este y del posparto, trabajar en las expectativas de tu propia historia y cargarte de herramientas que te ayuden a fluir.

Mito

No hace falta aprender a respirar para parir. No hace falta,

fundamentalmente, porque llevas haciéndolo toda la vida. Sí es cierto que practicar una respiración consciente te puede ayudar a transitar las etapas del parto con más calma y acercarte a la concentración y fluidez que necesitas para surfear esas olas que te llevarán a conocer a tu bebé, en la preciada orilla de tu propio mar.

Te recomiendo practicar una respiración consciente, lenta y profunda, soltando el aire mucho más despacio de lo que se coge. Es decir, puedes coger el aire en dos o tres segundos y soltarlo en cinco o seis segundos. Puedes acompañar esta respiración con una visualización, por ejemplo, imaginando que la salida de tu aire acompaña el rumbo de un objetivo ligero que flota en el agua o mueve el fuego de una vela que aún no quieres apagar.

Sería idóneo practicar esta y otras técnicas de relajación antes del parto, durante el embarazo, para que sean naturales y efectivas en ti cuando quieras utilizarlas durante el gran día.

Para parir estás absolutamente preparada, tu cuerpo sabe hacerlo y tu bebé también. Recuerdo el mantra de Laura, una mujer que quiero y admiro a partes iguales y que tuve el placer de acompañar en su parto. Ella fluía repitiéndose:

—Yo sé parir, mi niña sabe nacer.

Y Carla llegó en un clima de calma y confianza después de varias horas navegando «las olas» del más puro mar Atlántico.

Conocer el suelo pélvico. Masaje perineal

Entre las líneas de este libro ya he destacado varias veces que el embarazo es un momentazo de la vida que te brinda la oportunidad de conocerte y reconocerte en muchos sentidos.

El suelo pélvico es uno de esos lugares de tu cuerpo con los que conectas o te reencuentras en esta etapa. Es un conjunto de músculos, fascias y ligamentos que se encuentran en la parte inferior de la pelvis formando una especie de hamaca que sostiene los órganos pélvicos como la vejiga, el útero y el recto. Tanto en mujeres como en hombres tiene implicaciones en la función urinaria, intestinal y sexual, pero el embarazo guarda una estrecha relación con esta zona porque el peso sobre esta «hamaca» aumenta a medida que el bebé crece

dentro del útero. Además, el efecto de algunas hormonas como la relaxina sumado al cambio de tu centro de gravedad, hace que tu suelo pélvico sea aún más vulnerable en esta etapa.

También tiene especial relevancia en el parto porque es parte del «canal blando» por el que el bebé pasa para nacer por vía vaginal, de ahí la importancia de que esté suficientemente tonificado y a la vez flexible.

En torno al útero hay otros músculos que dan sostén y acompañan los cambios propios del embarazo:

- En el «techo» de tu abdomen está el diafragma, una especie de «cúpula» que marca las fronteras con la caja torácica (donde están el corazón y los pulmones). Esta cúpula se desplaza hacia arriba según va aumentando el tamaño del útero y esto puede afectar a tu respiración, provocando una especie de fatiga propia del tercer trimestre.
- En la parte anterior están los músculos propiamente del abdomen. Además de los típicos abdominales (cuadraditos) que corresponden a los rectos del abdomen y los oblicuos internos y externos que forman parte de la musculatura superficial, hay otro músculo más profundo con verdadera importancia para el sostén del útero y para mantener nuestra postura, creando una verdadera faja abdominal. Además, este músculo será especialmente el que se contraiga en la parte final del parto, durante los pujos, hablamos del músculo transverso abdominal.
- Conectando la parte superior y la inferior del cuerpo (desde las últimas vértebras dorsales hasta la cara interna de la cadera) encontramos otro músculo profundo llamado psoas ilíaco, que es fundamental para mantener una correcta movilidad pélvica. Este músculo durante el proceso de parto permite el movimiento descendente del bebé y facilita una posición más óptima.
- En la parte posterior los músculos profundos de tu espalda te ayudarán a mantener una postura correcta y a ir adaptándose a los cambios que se van a producir como consecuencia del desplazamiento de tu centro de gravedad.

Conocer estos músculos y tener consciencia de tu cuerpo te ayudará a conectar con cada parte de él y dirigir tus esfuerzos en

prestar atención a lo que la requiera.

Puede beneficiarte una valoración por una fisio especialista en suelo pélvico antes y durante el embarazo para poder individualizar los cuidados del conjunto de tus músculos abdominales, lumbares y pélvicos y prevenir posibles disfunciones o patologías.

Y en este camino también las fisios de suelo pélvico, junto con las matronas, podemos ayudarte a familiarizarte con tu periné a través del masaje perineal. Lo explica muy bien Marta —@pelvictop—, fisioterapeuta especialista en suelo pélvico.

> El periné es el último tejido blando que debe transitar tu bebé para nacer. Se define como la parte inferior del suelo pélvico, comprendida entre el borde inferior del pubis por la parte anterior, el cóccix en la parte posterior y los isquiones a los lados. Esta estructura, en el momento del parto, va a alcanzar su punto máximo de estiramiento.
> El masaje perineal es una técnica de terapia manual que consiste en la aplicación de diferentes estímulos táctiles y estiramientos en los tejidos que componen el periné.
>
> ¿Cuándo empezar? A partir de la semana treinta y cuatro.
>
> ¿Cuántas veces? Dos o tres por semana.
>
> ¿Cuánto tiempo? Cinco o diez minutos.
>
> ¿Quién lo hace? Puede hacerlo tu fisio especialista, tu matrona, tu pareja o tú misma.
>
> ¿Qué se utiliza para realizarlo? Aceite vegetal en la zona externa y lubricante de base acuosa en la zona interna.
>
> ¿Para qué sirve? Para favorecer el autoconocimiento y la propiocepción, ayudar a flexibilizar la musculatura perineal, mejorar la elasticidad e hidratación en el tejido perineal, mejorar la vascularización y la nutrición del tejido perineal, ayudar a la cicatrización en caso de desgarro o episiotomía y disminuir el dolor posparto.
>
> ¿Para qué no sirve? No evita la episiotomía, no ayuda a dilatar y no provoca el parto.

Las vacunas

En España, durante la gestación, se recomienda la administración de dos vacunas: la tosferina y la gripe.

La tosferina es una enfermedad respiratoria contagiosa causada por una bacteria que se conoce con el nombre de *Bordetella pertussis*. La motivación de indicar esta vacuna a las embarazadas se desencadenó en 2011 a causa de un aumento de los casos de la

enfermedad, cuya incidencia se multiplicó por cuatro.

Es una enfermedad tratable con antibióticos, pero en menores de un año se ve incrementado el número de casos que presentan complicaciones y requieren ingreso hospitalario. Este riesgo aumenta en los menores de dos meses que no han recibido inmunización.

La vacuna que se administra para prevenir esta enfermedad tiene componentes que generan inmunidad frente a la difteria, tétanos y tosferina.

Desde el año 2015 se aconseja la vacunación a las embarazadas entre las semanas veintiocho y treinta y dos con el fin de que los anticuerpos atraviesen la barrera placentaria y generen en el bebé una inmunización que le proteja en los primeros meses de vida.

La gripe es una enfermedad respiratoria infecciosa de causa vírica. Las embarazadas se consideran grupo de riesgo porque si se contrae durante el período de gestación aumentan las posibilidades de complicaciones y hospitalización.

En los meses de incremento de casos de gripe el Ministerio de Sanidad recomienda la vacunación en cualquier momento del embarazo. Esta vacuna confiere inmunidad tanto a la madre como al bebé en los primeros meses de vida porque atraviesa la barrera placentaria.

Tanto la vacuna de la tosferina como la de la gripe pueden producir efectos adversos locales leves tales enrojecimiento e inflamación de la zona de punción y en algunos casos fiebre. Es posible administrarlas el mismo día, una en cada brazo.

Como el resto de decisiones propias de la salud y del control del embarazo, y ante la evidencia científica disponible, puedes elegir si quieres vacunarte o no.

La inmunoglobulina anti-D se trata coloquialmente como una vacuna, pero en la práctica no lo es. Es un producto sanguíneo destinado a evitar que el cuerpo de una mujer gestante con Rh negativo genere anticuerpos contra el tipo de sangre del bebé, si es Rh positivo. El Rh es el valor + o - que tiene el grupo sanguíneo y un 15 % de las mujeres tiene este valor negativo, por ejemplo, si tu grupo sanguíneo es 0 negativo.

Si la madre es Rh- y el bebé que está gestando es Rh+, la madre puede generar anticuerpos que afecten a embarazos posteriores

—en caso que bebés posteriores tengan un grupo sanguíneo Rh+— provocando daños severos en el feto, e incluso la pérdida gestacional.

Al administrar esta «vacuna», que es la inmunoglobulina anti-D, se logra que la madre no cree esos anticuerpos y disminuya la posibilidad de afectación en futuros embarazos.

La recomendación es administrarla a las mujeres gestantes con Rh- en torno a la semana veintiocho y se repite la dosis en la madre en las primeras setenta y dos horas del parto si se comprueba que la sangre del bebé —cuando ya ha nacido— es Rh+. También está indicada su administración si estas mujeres han tenido un aborto o una prueba invasiva durante la gestación —como la amniocentesis—.

Estas dosis se repetirían en cada embarazo de la mujer con Rh- con el objetivo de que ninguna de las veces genere esa inmunidad contra las células sanguíneas con Rh+.

Chuparse el dedo

Un instante importante del desarrollo del bebé en el útero se produce en torno a la semana treinta y dos, cuando empieza a ser capaz de coordinar la succión y la deglución de líquido amniótico. Este aprendizaje le llevará semanas de práctica para conseguir alimentarse por sí mismo después de nacer.

En este momento también comienza a activarse el reflejo de búsqueda, mediante el cual es capaz de «perseguir» con su cabeza aquello que quiera explorar con la boca con el fin de succionar de ello.

Dentro del útero este reflejo lleva a muchos bebés a chuparse el dedo o succionar en sus manos o brazos, incluso algunos se les pueden observar al nacer una especie de ampollas por la succión que se han hecho ellos en los últimos días de embarazo.

Para los bebés lactar es innato, sin embargo, para nosotras es un acto aprendido y es recomendable recibir información, o aprender de otras mujeres que lactan, antes del nacimiento para transitar en la experiencia de la lactancia de manera más positiva.

> Hace varios años, una gorila criada en cautiverio en Ohio tuvo una cría y no conseguía amamantarla porque no lo había vivido ni aprendido de otras gorilas.

> Las cuidadoras, al ver sus dificultades, llamaron a las mujeres de La Liga de la Leche —una organización internacional que ofrece apoyo a las mujeres que desean amamantar— para que fueran a amamantar a sus bebés delante de ella.
>
> La mamá gorila, al verlas dar de comer a sus bebés de aquella manera, fue progresivamente acercando al pecho a su cría y consiguió calmarla y alimentarla.

La lectura que saco de este relato que me parece emocionante y reflexivo es sobre la necesidad de tribu en el posparto. Mujeres que necesitan aprender de otras mujeres con experiencia para amamantar y también sobre la necesidad de apoyo y compañía para no transitar un posparto en soledad, rodeada de personas. Tenemos bebés mamíferos que saben lo que tienen que hacer cuando nacen, a veces, lo que está en nuestra mano es tener la información suficiente para dejarles hacerlo.

¿A QUIÉN SE PARECERÁ? ¿YA TIENE NOMBRE?

La nariz chata que representa cada foto de tu infancia, los ojos mapamundi de su padre, la manera en la que se enrosca tu pelo y esos hoyuelos en las mejillas que significan casa. Quién sabe si la imagen que has construido mentalmente de tu bebé se parecerá al maravilloso ser humano que estás creando.

Hay varias teorías que explican que los bebés cuando nacen, con mayor probabilidad, se parecerán en los rasgos faciales a la figura paterna. El motivo se fundamenta en que los padres tienen más posibilidades de reconocer a su hijo si este se parece a ellos y ello puede favorecer el vínculo. La teoría no tiene mucha consistencia científica, sin embargo, es muy habitual la insistencia familiar en que los bebés se parecen a los padres cuando nacen, lo vivo cada día cuando acompaño familias en el posparto y me parece muy llamativo. Quizás sea realmente el entorno el que apoye ese reconocimiento paterno a través de la vinculación física.

Tenemos bebés mamíferos que saben lo que tienen que

hacer cuando nacen, a veces, lo que está en nuestra mano es tener la información suficiente para dejarles hacerlo.

El pelo del bebé es uno de los rasgos curiosos que viene acompañado del mito de los típicos «ardores» del tercer trimestre.

Mito

Quizás hayas escuchado la frase que afirma que, si tienes muchos ardores, «el bebé tendrá gran cantidad de pelo». No sé si esta afirmación es causa o consecuencia, pero de cualquier modo no existe evidencia científica que acepte esta relación. Los ardores se producen por el efecto hormonal sobre el esfínter que hay entre el estómago y el esófago, que se relaja y con más facilidad hace que el alimento y los ácidos del estómago retornen al esófago, produciendo esa sensación de quemazón e incomodidad. La presión que ejerce la altura del útero también hace que presione el estómago hacia arriba y favorezca este síntoma.

Y entre tanta imaginación de ese bebé que ahora patalea tu vientre, tal vez ya hayas elegido un nombre, estés entre varios o sientas que hasta que no le veas no lo tendrás claro.

Hace pocas semanas acompañé a una familia en el nacimiento de su primera hija. El padre es de Islandia y la madre, española. Cuando les pregunté si habían elegido nombre para su bebé me contaron la tradición islandesa sobre la presentación del nombre del recién nacido.

Curiosidad

Allí, en lugar de pronunciar públicamente el nombre del bebé cuando nace, lo mantienen en secreto y se refieren a él como *drengur* —niño— o *stúlka* —niña— durante los primeros días o semanas. Esta costumbre se debe a la creencia de que compartir el nombre demasiado pronto puede traerle mala suerte y también a la sensación de proteger la intimidad y privacidad de la familia en sus

primeros momentos. Después de un tiempo los padres preparan una ceremonia con familiares y amigos, religiosa o no, llamada Nafndagur, que significa «día del nombre».

Otra curiosidad de esta cultura es que allí no existen los apellidos como los entendemos en España. Allí estos solo se utilizan para documentos oficiales y se basan en el nombre del padre o de la madre. Es decir, si el padre se llama Jon y la madre Anna, el apellido del bebé podría ser hijo de Jon —Jónsson en islandés— o hija de Anna —Annasdóttir en islandés—.

En España, desde el año 2017, es posible elegir si se pone el apellido paterno o materno como primero y esto se debe especificar en el momento de ir al Registro Civil.

OCTAVO 8 MES

¿El tamaño importa?

Seguimiento analítico y ecográfico

Entre las semanas treinta y dos y treinta y seis se realizan la analítica y la ecografía del tercer trimestre. En esta se evalúa de nuevo:

- Serología, para valorar que no se haya contraído ninguna enfermedad infecciosa potencialmente perjudicial para el bebé.
- Hemograma, donde se valora, entre otras cosas, el nivel de hemoglobina (y si existe o no anemia).
- Coagulación, de especial importancia en este trimestre para la técnica de analgesia epidural.
- Analítica de orina.

En algunos países de nuestro entorno se realizan únicamente las ecografías de las semanas doce y veinte, siendo la de la semana veinte la más importante. La evidencia científica dice que las ecografías rutinarias más allá de la semana veinticuatro no han demostrado mejorar los resultados de la madre ni del bebé de cara al nacimiento. Sin embargo, en nuestro país se recomienda una ecografía más en el tercer trimestre que se utiliza para valorar el bienestar fetal junto con otros parámetros. En la ecografía del tercer trimestre se observa:

- La presentación del bebé (si está de cabecita o de nalgas).
- La cantidad de líquido amniótico.
- La placenta.
- El tamaño del bebé.

Los resultados de esta ecografía, que se suele hacer entre las semanas treinta y dos y treinta y cuatro, pueden llevar al diagnóstico

de alguna desviación de la normalidad en el tamaño del bebé.

Las siglas PFE hacen referencia al peso fetal estimado y son un resultado aproximado, pero no exacto, de lo que pesa el bebé en ese momento. Este dato es una estimación que se calcula a partir de la medición del diámetro de la cabecita, la longitud del fémur y la circunferencia del abdomen. Para que te hagas una idea, el margen de error del peso es más o menos de cuatrocientos gramos.

De este cálculo del tamaño se obtiene un valor llamado percentil, que hace referencia a un concepto estadístico que sirve para situar un valor dentro de un conjunto y va, en porcentaje, de cero a cien. Por ejemplo, si el tamaño de tu bebé está en el percentil 80 %, significa que un 80 % de los bebés son más pequeños —en tamaño para su edad gestacional— que él y un 20 % son más grandes. Se considera:

- *PEG, pequeño para la edad gestacional:* cuando el percentil del bebé está entre el 3 y el 10 %.
- *CIR, crecimiento intrauterino retardado:* cuando el percentil es inferior al 3 %, o inferior al 10 % con afectación del flujo sanguíneo que le llega al bebé. La evolución del riesgo será seguido estrechamente por tu obstetra que te propondrá, si fuera necesario, adelantar el momento del nacimiento.
- *Grande para la edad gestacional:* cuando el percentil está por encima del 97 % para su edad gestacional. Si está asociado a una alteración de la glucemia materna, se procederá al control de la misma para disminuir los riesgos.

En ocasiones, el tamaño de los bebés es la pura herencia de la corporalidad de los padres. Las parejas más altas suelen haber sido bebés más grandes en su infancia y tener bebés de mayor tamaño, y al contrario con las familias de menor corpulencia.

Si tu bebé es pequeño o grande pero no hay una razón que indique patología en relación a ello, te animo a continuar con los cuidados propios del mantenimiento de la salud en el embarazo: alimentación consciente y de alto valor nutricional, ejercicio físico y disminución del estrés.

> Una mujer acude a urgencias por un dolor abdominal no relacionado con ningún golpe y sin síntomas gastrointestinales asociados. Un dolor que va y viene desde hace horas y no le permite continuar con la vida normal y decide consultarlo.
> En la valoración inicial ginecológica se le pregunta por la fecha de última regla que refiere el mes anterior y un test de embarazo negativo hace apenas ocho meses.
>
> Se decide realizar una ecografía abdominal para investigar la causa y se observa un feto intraútero de treinta y seis semanas de gestación con latido cardiaco positivo.
>
> La mujer no sabía que estaba embarazada, no lo oculta de manera consciente, y también ha pasado desapercibido para el entorno.
>
> En la exploración se confirma que el dolor se corresponde con contracciones de parto y dilatación en curso.

Se conoce como embarazo críptico al que se identifica en estadios avanzados de la gestación, o incluso en el momento del parto. La palabra críptico proviene del griego *kryptos,* que significa «oculto».

Resulta difícil de entender para muchas mujeres que un embarazo pueda resultar imperceptible, especialmente para las que ya han estado embarazadas alguna vez, pero la realidad es que esto ocurre. Algunos de los factores que predisponen al embarazo críptico son:

- Falso negativo en el test de embarazo.
- Manchados irregulares durante el embarazo que son identificados como menstruaciones por la mujer.
- Mujeres con una corporalidad que hace que pase desapercibida el crecimiento del abdomen en el embarazo.
- Bebés pequeños o con poco líquido que generan menor crecimiento del abdomen.
- Inserción de la placenta en la cara anterior del abdomen, que disminuye la sensación de movimientos fetales.
- Dificultades personales que hacen que la mujer preste menos atención a su cuerpo y estado de salud.
- Negación de la circunstancia que no permite que la mujer lo reconozca como tal.
- Confusión de los síntomas propios del embarazo con los de otras patologías que ya presentaba previamente.

La mayoría de las veces se aúnan varios de estos factores,

produciendo esta falta de reconocimiento de la gestación hasta fases muy avanzadas. Los riesgos están aumentados para la madre y el bebé tanto antes del parto por la falta de cuidados y seguimiento propios del embarazo como después del parto, por el *shock* psicológico que conlleva el nacimiento para la madre.

He acompañado en dos ocasiones partos de mujeres que no sabían que estaban embarazadas. Fue difícil para ellas entender que en su cuerpo se estaba abriendo paso una vida con la que no contaban, ser conscientes de que habían pasado meses sin escucharse o enfrentarse a esa realidad sin planificar. Recuerdo abrazar a una mientras me aseguraba que no podría hacerse cargo, pero que intentaría acompañar a la bebé para que naciera lo más sana posible.

Visibilizar realidades que no son tan comunes es necesario para no generar juicio antes de conocer el contexto ni culpabilizar a quien lo sufre.

Dónde parir y cómo elegir

Se acerca el momento del parto y puede que aún no hayas decidido dónde quieres darle la bienvenida a tu peque. Poder planificar y decidir dónde parir es una realidad de nuestro entorno y el tercer trimestre es el momento ideal para tomar rumbo a ello.

Por lo privado podrás elegir entre:

- *Parto en el domicilio o en casa de partos.* Es un modelo de atención más extendido en otros países de Europa en comparación con España. Suelen ser acompañamientos liderados por matronas y requiere el cumplimiento de algunos requisitos que implican bajo riesgo para poder optar a ello.
- *Parto en el hospital o en clínica privada.* A través de una mutua de seguros o pagándolo directamente en el centro elegido. El profesional de referencia para la asistencia al parto en este tipo de atención suele ser el ginecólogo, que a menudo es la misma persona con la que has realizado el seguimiento del embarazo. La tendencia es hacia la cultura de equipo y cada vez está más consolidado el acompañamiento de las mujeres de la mano de las matronas.

En este tipo de atención es habitual poder elegir el equipo de profesionales que te van a acompañar y tener relación previa al día del parto y esto suele aumentar la confianza y tranquilidad en las mujeres.

> *Visibilizar realidades que no son tan comunes es necesario para no generar juicio antes de conocer el contexto ni culpabilizar a quien lo sufre.*

Por lo público tendrás asignado un hospital de referencia que se coordina con el centro de salud donde se realiza el seguimiento del embarazo en función de tu lugar de residencia. Las profesionales en los hospitales durante el proceso de parto serán las matronas que estén de guardia en coordinación con el equipo de ginecólogos. La evidencia afirma que las mujeres con un embarazo de bajo riesgo se benefician de un modelo de atención que favorezca el acompañamiento por matronas en todos los modelos de atención al parto. Si por algún motivo no deseas parir en el hospital que «te toca», y aunque, dependiendo de la Comunidad Autónoma, la normativa difiere para la libre elección de hospital y profesionales de referencia, te animo a que te informes concienzudamente y tomes la decisión de parir donde desees de forma consciente.

Si no deseas parir en el hospital que te corresponde, tienes derecho a ejercer la libre elección de otro y solicitar el cambio a través de tu matrona o médico de tu centro de salud de referencia.

Tal vez vivas en un lugar con pocas opciones o que ninguna de ellas te convenza. En ese caso puedes incluso solicitar el traslado de tu expediente a otra Comunidad Autónoma. Es recomendable que tengas a tu disposición los informes del control de tu embarazo si quieres parir en un lugar diferente al que te ha dado seguimiento y que realices las últimas revisiones donde hayas decidido recibir a tu bebé. Si el cambio es de última hora, puedes ir de urgencias a cualquier hospital público—preferiblemente con tu historia clínica o los últimos informes médicos— y tienes derecho a que te atiendan y acompañen en el proceso de parto.

Hay varios puntos que debes tener en cuenta a la hora de elegir

hospital para parir:

LA UBICACIÓN

La cercanía del hospital al lugar donde resides no es un factor de gran relevancia clínica a la hora de elegirlo, si bien puede ayudarte a ganar en tranquilidad la sensación de conocer el camino y planificar el traslado cuando llegue el momento.

No es necesario que el hospital esté muy cerca de tu casa, pero es cierto que puede ser incómodo para ti realizar un largo viaje en coche durante las contracciones.

Si el hospital está a más de una hora en transporte de tu lugar de residencia, te recomiendo que valores la opción de pasar las últimas semanas de embarazo en un alojamiento más cercano.

LAS ESTADÍSTICAS

En referencia a los porcentajes de las intervenciones que te muestro en la tabla, te dejo los indicadores recomendados por la OMS para que puedas valorar las estadísticas del centro elegido.

TIPO DE INTERVENCIÓN	RECOMENDACIÓN OMS
Cesáreas	<10-15%
Inducciones	<10%
Episiotomías	<10-15%
Partos instrumentales	<10%
Ratio matronas-paciente	1/400 mujeres en edad fértil del área de atención. Idealmente durante el proceso del parto la atención debería de ser 1/1 (una matrona por paciente).

Las diferencias entre las estadísticas de los centros en ocasiones pueden estar justificadas en función del nivel de complejidad de los partos que se asisten, pero otras veces reflejan una asistencia poco actualizada y excesivamente intervenida.

Algunos hospitales publican esta información en Internet y podrás encontrarla con facilidad; en otros casos deberás solicitarla expresamente en atención al paciente de cada centro.

LOS PROTOCOLOS

Son las pautas o directrices que se siguen ante determinadas situaciones y están basados en la evidencia científica.

Las diferencias entre los protocolos de los hospitales suelen estar en el nivel de actualización. La ciencia avanza y las recomendaciones cambian siempre en favor de las mujeres.

Puede beneficiarte conocer algunos protocolos como el de rotura de bolsa amniótica, inducción o el mantenimiento del piel con piel madre-bebé o la posibilidad de adoptar posturas diferentes a la litotomía en el expulsivo, entre otros.

> *Si no deseas parir en el hospital que te corresponde, tienes derecho a ejercer la libre elección de otro y solicitar el cambio a través de tu matrona o médico de tu centro de salud de referencia.*

LA PRESENCIA DEL ACOMPAÑANTE

En la mayoría de hospitales está permitida la presencia de un acompañante elegido por la mujer gestante. La diferencia suele estar en la continuidad de ese acompañamiento en las diferentes situaciones, como, por ejemplo, en caso de cesárea.

Te aconsejo que elijas parir donde te sientas segura, cuidada y confíes en las personas que te van a acompañar. El parto necesita de esas sensaciones para fluir y convertirse en una experiencia positiva.

Preferencias, necesidades y deseos

El plan de parto es una manera de comunicarte con las personas que te van a acompañar el día del nacimiento de tu bebé a través de un documento legal —con valor de consentimiento informado según la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica—.

Sirve para expresar tus preferencias, necesidades y deseos relacionados con el momento del nacimiento.

Es recomendable, si quieres, elaborar este documento en el tercer trimestre con el fin de entregarlo a tus profesionales de referencia antes del parto y poder resolver las dudas que te surjan. Los hospitales y profesionales tienen el deber de aceptarlo.

Si los profesionales que te acompañan en el parto no son los mismos a los que se lo hiciste llegar en visitas previas, es adecuado llevar el plan de parto impreso el día del nacimiento para entregarlo al ingreso a la matrona que te vaya a acompañar.

Previo a la creación de tu plan de parto es prioritario recibir la información adecuada sobre el proceso de parto a través del medio que elijas —preparación al parto impartida por matronas, lectura de documentos de evidencia científica actualizada…—. A pesar de comunicarte con el equipo que te acompaña a través de este medio, puedes cambiar cualquiera de las preferencias escritas en él en función del transcurso de los acontecimientos. El objetivo no es guiar o planificar el desarrollo del parto, sino conocer tus preferencias en las circunstancias previsibles y favorecer tu participación activa.

Si se dan circunstancias imprevisibles, la actuación del personal sanitario se realizará previa información y consentimiento tal y como indica la Ley de autonomía del paciente.

El plan de parto es un documento reconocido por el Ministerio de Sanidad, que, de hecho, propone un modelo escrito bastante completo que puedes encontrar en su página web para imprimir, cumplimentar y entregar.

También puedes crear tu propio modelo de plan de parto en un documento para imprimir o enviar por *email*. Te propongo uno por si quieres usarlo o te ayuda a coger ideas en la creación del tuyo:

Mi plan de parto

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombre de la madre:

Nombre del bebé:

Lugar de nacimiento:

Fecha de nacimiento:

Centro de nacimiento:

ANTECEDENTES RELEVANTES DEL EMBARAZO

Este plan de parto tiene como objetivo comunicar mis deseos y preferencias de cara al nacimiento de mi bebé y está basado en la información que he recibido en el embarazo sustentada en la última evidencia científica. Entiendo que las circunstancias del parto pueden cambiar a lo largo del proceso y confío en las medidas oportunas para preservar mi salud y la de mi bebé, si bien solicito que se me informe y solicite consentimiento para cada una de ellas.

Deseo estar acompañada por

En caso de separación, deseo que esta persona reciba toda la información sobre mi estado y el del bebé.

MEDIDAS DE CONFORT

- Ropa propia
- Ropa del hospital
- Aromaterapia
- Luz tenue
- Música de ambiente elegida por mí
- Favorecer la intimidad
- Ingesta de líquidos durante el parto

- Ingesta de alimentos durante el parto

PARA EL MANEJO DEL DOLOR, ME GUSTARÍA

- Utilización de ducha o baño con agua caliente
- Favorecer el movimiento libre, disponer o llevar pelota
- Utilización de óxido nitroso
- Analgesia epidural a dosis baja *(walking epidural)*
- Analgesia epidural
- Prefiero que no se me ofrezca activamente la analgesia epidural
- Deseo que se me oriente sobre el momento de poner la epidural

INTERVENCIONES PROFESIONALES, SI EL PROCESO LO PERMITE

- Auscultación intermitente
- Auscultación continua
- Tactos vaginales cada cuatro horas
- Prescindir de vía intravenosa si es posible
- Evitar la rotura artificial de la bolsa por rutina
- Evitar la administración de oxitocina por rutina
- Evitar episiotomía salvo riesgo de pérdida de bienestar fetal
- Alumbramiento espontáneo de la placenta
- Alumbramiento dirigido de la placenta

En caso de ser necesario un cambio de planes en estas

intervenciones, solicito que se me informe del motivo.

EXPULSIVO

- Deseo adoptar posturas en las que me sienta cómoda empujando
- Deseo que se me propongan posturas favorecedoras en caso de epidural
- Prefiero que no se me realice masaje perineal durante el expulsivo
- Me gustaría empujar cuando me lo pida el cuerpo y de manera espontánea
- Solicito que se me dirijan los pujos si es necesario
- Paños calientes en el periné en la última fase del expulsivo
- Pinzamiento óptimo del cordón umbilical
- Cortar el cordón después de haber alumbrado la placenta
- Deseo cortar el cordón yo o mi acompañante
- Deseo recoger la sangre del bebé a través del cordón umbilical para preservarla de manera privada
- Deseo donación pública de la sangre del bebé recogida a través del cordón umbilical

POSPARTO

- Deseo retrasar las medidas y cuidados del bebé hasta pasadas al menos dos horas del nacimiento
- Administración de vitamina k intramuscular al bebé
- Administración de vitamina k oral al bebé
- Administración de profilaxis oftálmica al bebé
- Impresión de la placenta, aportaremos el material necesario
- Piel con piel materno ininterrumpido en las primeras horas de vida

- Deseo lactancia materna
- Deseo lactancia artificial a demanda
- Favorecer la extracción de calostro si el bebé necesita comer antes de ofrecer suplemento de leche de fórmula
- Evitar la separación del bebé para las posibles intervenciones que haya que realizarle

EN CASO DE CESÁREA

- Solicito estar acompañada por mi persona elegida
- Piel con piel materno o, en caso de no ser posible, con mi acompañante
- Pinzamiento óptimo del cordón o al menos tras un minuto desde el nacimiento

He elegido este lugar para recibir a mi bebé con la convicción de sentirme respetada, segura y cuidada.

¡Gracias de antemano!

La bolsa del hospital, lo imprescindible y los por si acaso

Entre los preparativos de la llegada del bebé empieza a hacer acto de presencia la necesidad de preparar la famosa bolsa del hospital. Ahora mismo te lo estás imaginando como una bolsa de bebé con cositas que puedan ser útiles para los dos o tres días de ingreso, pero créeme cuando te digo que alguna vez he pensado que las parejas traían maletas suficientes para mudarse.

Te diré que en el punto medio está la virtud, que lo más seguro es que si te falta algo te lo puedan traer con facilidad y que volverás del hospital con más de la mitad de las cosas sin utilizar. Con esta premisa, pero también con la imperiosa necesidad de tenerlo todo listo, te propongo algunas cosas que puedes preparar:

PARA TI

- Bolsa de aseo. Es aconsejable que no utilices colonia, ya que tu bebé es un mamífero y necesita olerte para reconocerte.
- Compresas tocológicas. Cuanto más sencillas y transpirables, mejor. Evita que lleven plásticos por uno de los lados.
- Bragas desechables. Las de tipo rejilla suelen ser las más confortables.
- Chanclas para el parto por si quieres utilizar el agua caliente como recurso.
- Zapatillas de andar por casa.
- Camisón o pijama. En el hospital te darán uno, pero puedes llevar el tuyo propio si te resulta más cómodo.
- Ropa para salir del hospital. Te aconsejo que sea ropa de premamá, holgada y cómoda.
- Si la lactancia es materna:

    - Sujetador de lactancia sin aros y con facilidad para destapar el pecho.
    - *A priori* no es necesario comprar ni llevar pomadas ni sacaleches, a menos que te lo indique tu matrona.

- Si la lactancia es artificial:

    - La leche de fórmula y biberones te la darán en el hospital.
    - Puede ser buena idea que lleves tus propios biberones con tetinas de flujo lento, que es la manera más fisiológica de alimentar a los bebés.

PARA EL BEBÉ

- Silla de seguridad en el coche. Déjala montada en las últimas semanas previas al nacimiento.
- Chupete, en caso de lactancia artificial. Si es lactancia materna, la succión no nutritiva la suelen hacer al pecho y el chupete puede generar cierta confusión. Espera de cuatro a seis semanas para ofrecerlo.

- Dos o tres gorritos. Solo es necesario si hace frío en la habitación, no durante el piel con piel.
- Un arrullo.
- Muselinas.
- Cuatro o cinco *bodies* de manga larga o corta.
- Cuatro o cinco pijamas de manga larga.
- Elige tejidos naturales, quita las etiquetas y lava previamente la ropita con jabón neutro y sin suavizante, puesto que tiene la piel muy sensible.
- No te recomiendo que le pongas manoplas porque le priva de interaccionar con el entorno a través del tacto, es preferible limarle las uñas si sospechas que puede arañarse.

PARA EL ACOMPAÑANTE

- Bolsa de aseo.
- Ropa de cambio.
- Chanclas por si utilizas la ducha en el parto.
- Pijama y zapatillas de andar por casa.

DOCUMENTACIÓN

- DNI, NIE o pasaporte.
- Libro de familia, si tienes.
- Tarjeta de la Seguridad Social, si optas por un hospital de la red pública. Tarjeta de seguro de salud y autorización o carta de garantía de pago.
- Carpeta de control del embarazo o historial clínico impreso.

LO IMPRESCINDIBLE

- Confianza. En tu cuerpo, en tu bebé y en los profesionales que te acompañan.
- Paciencia. Porque los partos suelen ser largos, pero no hay nada mejor que darle tiempo a la vida mientras se abre paso.
- Compañía. La persona que hayas elegido para este momento te

hará sentir hogar y eso favorecerá que todo fluya.
- Herramientas emocionales que te devuelvan la calma. Música relajante, aromaterapia, fotos de tus otros niños, afirmaciones positivas…

LOS POR SI ACASO

- Pañales y toallitas, aunque suelen darlas en el hospital.
- Cambiador portátil para el bebé.
- Cargador de móvil.
- *Tablet* o portátil.
- Libro.
- Cremas, parches, pezoneras y otras herramientas de lactancia es mejor adquirirlas según el consejo de tu matrona o experta en lactancia en el momento que los necesites.

NOVENO 9 MES

¿Por qué nacemos pronto?

Exterogestación

La duración del embarazo es una mera adaptación evolutiva para asegurar la supervivencia de las crías, y este es el motivo de que sea tan variable de unos mamíferos a otros. En el caso de los humanos, esta evolución ha ido cambiando a lo largo de miles de años, especialmente desde que nuestros antecesores homínidos comenzaron a bipedestar.

La conjugación de caminar sobre dos extremidades, que hizo modificar la forma de la pelvis, y un mayor desarrollo del cerebro, que conlleva un cráneo cada vez más grande, llevó a lo que se conoce como el dilema obstétrico. Es una hipótesis evolutiva que explica los cambios producidos en el embarazo y el parto en humanos.

Entre las adaptaciones para asegurar el nacimiento de las crías que explica esta hipótesis están:

- La diferenciación en la forma de la pelvis de la mujer en comparación con la del hombre a partir de la pubertad.
- El cráneo maleable de los neonatos. No tienen los huesos del cráneo completamente unidos para poder adaptarse a los diámetros de la pelvis en el canal del parto.
- La rotación neonatal en el parto. El bebé hace varios giros a lo largo del canal del parto para adaptarse a los espacios con la cabeza y los hombros que son las partes más prominentes de su cuerpo.
- El acompañamiento social. La mayoría de las mujeres están acompañadas en su parto y esto también es una adaptación evolutiva, puesto que la pelvis humana apunta hacia atrás.
- El tiempo de gestación. Nacemos más prematuros que otras

especies de mamíferos.

A razón de que nuestros embarazos duran nueve meses o aproximadamente cuarenta semanas, tenemos crías de mamíferos conocidos como altriciales. Quiere decir que al nacer tu bebé no está completamente desarrollado, sino que es dependiente de los cuidados del entorno, especialmente maternos. Hay otros mamíferos, considerados precociales, que tras nacer son capaces de asegurar, relativamente, su supervivencia. Los cachorros de leona son un ejemplo de ello, pues a los pocos minutos de nacer caminan, e incluso corren para mantenerse cerca de su madre.

Las especies altriciales, como nosotras o las monas, tenemos crías que nacen inmaduras y precisan meses de exterogestación para madurar y sobrevivir.

Se conoce con el término de exterogestación a ese período que necesita el bebé para desarrollarse fuera del útero mientras es desvalido. Significa «gestar desde fuera» y se refiere a la práctica de proporcionar un entorno que imite las condiciones del útero para favorecer su bienestar y desarrollo.

Exterogestar es mantener contacto piel con piel con tu bebé, sostenerlo en brazos o porteado, alimentarlo a demanda, dormir en su proximidad… Cuando nazca, esperará reencontrarse contigo, con tu piel y reconocer tu olor mientras se adapta a las condiciones del mundo fuera del útero. Incluso le llevará meses darse cuenta de que tu cuerpo y el suyo no son el mismo y lo podrás percibir en su necesidad de contacto, de sentirte cerca.

La exterogestación es necesaria para tu bebé y tendrá un gran impacto físico y emocional sobre él, pero también es necesaria para ti, para conocerle y reconocerte en tu nuevo rol de mujer, mamífera y madre.

Bebé de nalgas

La mayoría de los bebés se colocan con la cabecita hacia el canal del parto en la recta final del embarazo. Sin embargo, en torno al 30 % de las mujeres en la semana veintiuna-veintiocho; el 10-15 % en la semana veintinueve-treinta y seis y hasta el 7 % a la semana treinta y

siete de embarazo tienen colocado a su bebé presentando las nalgas o los pies. Esto se conoce con el nombre de posición de nalgas o podálica respectivamente.

Algunas de las razones por las que aumenta la probabilidad de que se coloquen así son embarazo múltiple, forma irregular del útero o cordón especialmente corto.

Es habitual encontrar a los bebés colocados en cualquier posición antes de la semana treinta y dos, de hecho, eso no representa la posición que adoptará en la recta final del embarazo, pero si sigue de nalgas a partir de la semana treinta y cuatro-treinta y seis puede que te genere inquietud de cara al parto. A continuación, te cuento cómo pueden nacer los bebés en esta posición y cómo podemos favorecer que se gire.

La razón de que la asistencia al parto vaginal de nalgas no sea una práctica normalizada en nuestro medio está basada en los resultados de un estudio multicéntrico publicado en el año 2000 llamado «Term Breech Trial», que afirmaba que en el caso de la presentación de nalgas se reducían las complicaciones neonatales si se optaba por una cesárea programada. Esto hizo replantear las recomendaciones y extender la programación de cesáreas a las mujeres gestantes con bebés de nalgas.

Otro estudio multicéntrico publicado seis años después desmintió las diferencias en morbilidad y mortalidad neonatal entre el parto de nalgas y la cesárea por elección. Esto hizo que los protocolos comenzaran a cambiar de nuevo, y desde 2011 la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia publicó un protocolo en el que ya no se recomendaba la cesárea como primera opción en el nacimiento de nalgas, si bien se invita a cumplir una serie de criterios para el parto vaginal. Algunos de estos criterios son:

- Feto con un peso estimado menor de cuatro kilos.
- Feto con actitud de flexión (que no tenga la cabecita extendida mirando hacia arriba).
- Presentación de nalgas puras o completas (con las piernas hacia arriba, el culo encajado en el canal de parto o ambos pies en el canal de parto).

Para cuando estas nuevas recomendaciones vieron la luz, habían

pasado varias generaciones de ginecólogos en formación que no aprendieron sobre la práctica en este tipo de partos. No haber adquirido las habilidades precisas en caso de precisar maniobras o intervenciones si se presentara alguna complicación generó que tampoco pudieran enseñárselas a las generaciones posteriores más allá de los libros.

> *La exterogestación es necesaria para tu bebé y tendrá un gran impacto físico y emocional sobre él, pero también es necesaria para ti, para conocerle y reconocerte en tu nuevo rol de mujer, mamífera y madre.*

En la actualidad, se programa una cesárea a la mayoría de mujeres que tienen un bebé de nalgas a término, pero algunos centros que cuentan con experiencia y protocolos actualizados en atención a este tipo de nacimientos ofrecen la posibilidad —a elección materna— de asistencia al parto vaginal. Los partos de nalgas, habitualmente, son de inicio espontáneo, se benefician del movimiento libre materno, fluyen con normalidad y suelen requerir una baja intervención.

De cualquier manera, es favorecedor de cara al parto si tu bebé se coloca de cabecita a partir de las treinta y cuatro-treinta y seis semanas, y puedes tener un manejo proactivo para ayudar a que se gire por distintos medios:

MANEJO POSTURAL A TRAVÉS DE EJERCICIOS

Encaminados a que el bebé no se «encaje» en la pelvis en la posición de nalgas. Puedes practicarlo varias veces al día unos minutos. Hay variedad de opciones, en la mayoría de ellas la pelvis queda por encima de la altura del pecho:

- Nadar boca abajo o hacer el pino en la piscina.
- Postura mahometana. Partiendo de la postura de cuadrupedia, desciende el pecho hacia el suelo de manera que quede por debajo de la altura de la pelvis, preferiblemente con los brazos extendidos hacia delante. Mantén unos segundos y vuelve a

empezar.

- Postura del gato. En cuadrupedia, arquea la espalda como un gato enfadado y relájala hasta su postura natural al ritmo de una respiración lenta.

MOXIBUSTIÓN

Consiste en estimular unos puntos del pie, basados en acupuntura de la medicina tradicional china, con el calor generado por la combustión de una moxa —una hierba que habitualmente se obtiene en formato de «puros»—. Es recomendable que las primeras veces la técnica sea realizada por alguien formado en ello. Es una práctica recomendada por la Organización Mundial de la Salud para las mujeres gestantes con bebés con presentación de nalgas.

VERSIÓN CEFÁLICA EXTERNA

Es una maniobra que se suele realizar en el ámbito hospitalario en torno a la semana treinta y siete. La ginecóloga ejerce sobre el abdomen materno una leve presión con el fin de ayudar al bebé a girarse y colocarse de cabecita. Al tiempo que se realiza, se va comprobando la posición y el latido cardiaco fetal mediante ecografía. Es una técnica segura y el porcentaje global de éxito está en torno al 55-65 %, que varía en función de factores como la cantidad de líquido amniótico, la multiparidad, la posición de la placenta y otros. La tasa de éxito también se ve favorecida por el manejo postural y la moxibustión previamente a la versión cefálica externa.

En ocasiones, a pesar de hacerlo casi todo, el bebé continúa de nalgas, está cómodo así y no queda más que aceptarlo y decidirte a conocerle de esta manera.

A modo de anécdota familiar, yo tengo un hermano y una hermana y los tres nacimos de nalgas. Mi primer hermano mediante cesárea programada, mi hermana dos años después mediante un parto vaginal muuuy rápido y yo, doce años más tarde, mediante cesárea programada.

El miedo es una emoción habitual que las mujeres verbalizan en consulta cuando les pregunto qué sienten cuando piensan en el momento del parto. Trabajar en las expectativas de ese día y aterrizar los temores es un modo de prepararse para vivir el parto como una experiencia positiva.

Es más habitual sentir miedo cuando no lo has vivido antes y todo es nuevo y desconocido para ti. Suelo utilizar una metáfora en consulta para hablar sobre el miedo al parto como algo desconocido y descomunalmente físico.

> Tienes miedo al parto porque te lo imaginas como el Everest, y sientes que nunca antes has escalado una montaña. Ves esa montaña gigante y desgarbada y casi puedes percibir el vértigo en la piel. Sin embargo, el parto se parece más al Camino de Santiago y tu cuerpo sabe transitar entre las etapas hasta llevarte a la meta. No me refiero a las etapas teóricas del parto, de las que te hablaré en el próximo capítulo, sino a las que tú misma irás marcando con tus sensaciones:
> — El preparto en casa.
> — El inicio de las contracciones.
> — La rotura de bolsa amniótica (o no).
> — El aumento de la intensidad de las sensaciones.
> — El deseo o no de analgesia.
> — El inicio de la sensación de presión.
> — El expulsivo.
> — El reencuentro con su piel.
>
> Te aseguro que estás preparada y también te prometo que las vistas —y también el olor y el calor de tu bebé— son, tan bonitas al final como si hubieras subido al mismísimo Everest.
>
> Del mismo modo que para hacer el Camino de Santiago te prepararías conociendo las etapas y los albergues, valorando tu compañía para esa experiencia, con una mochila y calzado adecuados, la preparación al parto puede aportar información valiosa que te ayude a conocer el proceso, aliviar tus dudas y traer tranquilidad para el día que recibas a tu pequeño.

Otra herramienta potente para disipar el miedo, además de la información, son las afirmaciones positivas. Se trata de pensar, escribir o leer frases con afirmaciones que durante el parto pueden ayudarte a retomar el camino de la calma para ayudarte a fluir.

He visto a varias mujeres llevárselas impresas al parto en pequeñas cartulinas y utilizarlas para concentrarse y dejarse llevar. Algunos ejemplos de afirmaciones positivas:

- Mi cuerpo sabe hacerlo y mi bebé también.
- Soy fuerte.
- Confío en las personas que me están acompañando.
- Deseo conocer a mi bebé y tenerle en brazos.
- Relajo mis músculos y conecto con mi respiración.
- Las contracciones son olas y me acercan a mi bebé.
- Estoy en un lugar seguro.
- Estoy preparada para recibir a mi bebé.
- Mi bebé tiene el tamaño perfecto para nacer.
- El movimiento me ayuda.

También hay recuerdos de experiencias anteriores traumáticas que llenan de niebla y miedo el futuro parto. Haber vivido un parto anterior difícil o una experiencia violenta puede generar miedo con un origen aún más hondo que el desconocimiento, la desconfianza.

Si es tu caso, intenta trabajar en las emociones que viviste y ordenar lo que ocurrió para sanarlo. Puedes pedir ayuda a tu matrona o a una psicóloga perinatal para hablar de ello.

Te abrazo fuerte y te invito a escoger un equipo que te acompañe en tu próxima experiencia desde la individualidad de tu caso, desde el respeto por tu proceso y desde el cariño que mereces mientras creces en tus fronteras para recibir a tu bebé.

Cultivo vagino-rectal

En España, entre las semanas treinta y cinco y treinta y siete, las sociedades científicas proponen recoger una muestra vaginal y rectal de todas las mujeres gestantes con el fin de conocer si está presente una bacteria llamada Estreptococo del grupo B (EGB).

La muestra se suele recoger en consulta a través de una especie de bastoncillo alargado que se introduce primero en la vagina —no requiere espéculo— y después en el recto. Puede ser incómodo, pero no suele generar dolor.

El EGB es una bacteria que portan un 10-30 % de las gestantes en nuestro medio, especialmente en la flora intestinal y que para las mujeres no supone ningún peligro ni requiere tratamiento. Sin embargo, en el contexto del final del embarazo se estudia su presencia

con el objetivo de proteger al bebé en el momento del parto para disminuir las posibilidades de infección neonatal precoz. Las probabilidades de infección del bebé son muy bajas, en torno al 1-2 %, si bien con las medidas preventivas disminuye la probabilidad hasta el 0,25 %.

> *Haber vivido un parto anterior difícil o una experiencia violenta puede generar miedo con un origen aún más hondo que el desconocimiento, la desconfianza.*

Si el resultado es positivo, puedes estar tranquila. Se te propondrá la administración por vía venosa de antibiótico durante tu parto cada cuatro horas. Si el resultado es desconocido, se recomendaría igualmente la profilaxis antibiótica en estos casos:

- Parto prematuro.
- Antecedente de infección por EGB en hijo anterior.
- Rotura de bolsa superior a dieciocho horas.
- Fiebre durante el parto.

Otras medidas para reducir el riesgo de infecciones tempranas del bebé son:

- Reducir el número de tactos vaginales.
- Evitar intervenciones como la rotura artificial de la bolsa (salvo que sea necesario).
- Piel con piel ininterrumpido en las primeras horas tras el parto.
- Lactancia materna.

En otros países como Nueva Zelanda o Reino Unido, que tienen una tasa de infección neonatal muy similar a la nuestra, la estrategia para el manejo del EGB es diferente y solo se recogen muestras a mujeres con factores de riesgo —como infecciones de orina de repetición o hijo anterior con infección por EGB entre otros—.

Los monitores

O monitorización fetal, más técnicamente llamada registro cardiotocográfico (RCTG), es la manera de registrar el latido del bebé y las contracciones uterinas en una misma gráfica con el fin de identificar las posibles alteraciones del bienestar fetal y planificar estrategias dirigidas a mejorarla.

Aunque en España se propone el uso de RCTG a partir de las semanas cuarenta y cuarenta y una, la evidencia científica indica que su utilización no arroja mejores resultados en la salud de la madre ni en el bebé en embarazos de bajo riesgo.

Por otro lado, en ocasiones, la situación clínica o los factores de riesgo llevan a los profesionales que realizan el seguimiento a proponer el inicio de estos controles antes de la semana cuarenta. De hecho, con el objetivo de afinar más en la valoración del bienestar fetal en estos casos se valora conjuntamente con datos ecográficos para realizar lo que se denomina perfil biofísico.

Esta prueba dura alrededor de veinte o treinta minutos cuando se realiza de forma rutinaria y suele hacerse en consulta de manera que, sentada o semisentada en un sillón o camilla, el profesional esparce un gel sobre la zona en la que se va a escuchar al bebé y se colocan dos dispositivos sujetos por unos cinturones elásticos:

- Uno de los dispositivos capta la frecuencia cardiaca del bebé que, en uno sano a término, suele mantenerse entre los ciento diez y ciento sesenta latidos por minuto. Además, es un factor positivo la aparición de elevaciones puntuales de esa frecuencia cardiaca, conocidos como ascensos.
- El otro tiene un sensor de presión que identifica las contracciones uterinas. Este no suele ser muy exacto. De hecho, depende de la complexión de tu barriga que marque mejor o peor los cambios en la consistencia del útero durante la contracción.

Gracias a ver los dos parámetros en una gráfica común y paralela se puede observar el modo en el que el bebé tolera las contracciones uterinas si las hubiera. También se lleva a cabo la monitorización durante el trabajo de parto. En ocasiones de manera intermitente y

otras de manera continua hasta el nacimiento del bebé.

La realidad del tapón mucoso

No sé si alguna vez has oído hablar del famoso tapón mucoso. Se trata de un flujo más denso y concentrado que permanece a lo largo del embarazo sellando el interior del cuello del útero con el objetivo de aislar el medio uterino del medio vaginal y el exterior.

Mito

Hay algunas creencias erróneas como la idea de que cuando el tapón mucoso se expulsa tienes que ir rápido al hospital porque el bebé va a nacer en ese momento, pero lo cierto es que este tapón no es como el corcho de una botella de champán.

Hacia el final del embarazo, especialmente cuando las olas del Mediterráneo —contracciones preparto o irregulares— aparecen en pequeñas o grandes rachas, el cuello del útero cambia su consistencia y se hace más blandito y fino. Esos cambios del cuello uterino hacen que ese moco espeso llamado tapón mucoso se desprenda y salga por la vagina.

A veces es evidente su salida porque sale de una vez como un flujo muy espeso transparente, rosado o marrón. Otras, sale poco a poco y pasa desapercibido, y otras veces se expulsa durante el parto.

El proceso de parto no es algo que ocurre «de repente» y por eso tú no eres la botella de champán de la que hablaba, sino una mujer viviendo un proceso transformador. La expulsión del tapón mucoso es solo una parte más de ese proceso progresivo.

El proceso de parto no es algo que ocurre «de repente» y por eso tú no eres la botella de champán de la que hablaba, sino una mujer viviendo un proceso transformador.

En realidad, este hito no quiere decir nada que no supieras. El embarazo está en su recta final, pero el momento de inicio del parto estará determinado por las olas del Atlántico —contracciones intensas y regulares—, para las cuales a estas alturas del libro ya tendrás una buena tabla de surf que te llevará a la orilla.

Fecha improbable de parto. ¿Hasta cuándo?

Cuando en el primer capítulo hablaba de la fecha de última regla (FUR) como el primer día de tu embarazo, también nombraba la manera de calcular la fecha probable de parto (FPP). Es posible que estos datos los veas en todos o en la mayoría de tus informes médicos del embarazo, pero he de decirte algo: esa fecha tiene poco de probable.

Como ya te dije, la manera de calcular la FPP es sumando doscientos ochenta días a la FUR y se puede utilizar la regla inventada por Naegele hace, literalmente, doscientos años. Como puedes sospechar las estadísticas obtenidas hace dos siglos son para la actualidad, imprecisas. De manera que solo un 5 % de las mujeres se ponen de parto ese día y en el caso de las mujeres que son madres por primera vez, el 70 % se ponen de parto más allá de la semana cuarenta. Claramente podemos llamarla fecha improbable de parto y casi afirmar que, si hubiera una fecha probable, sería pasada la semana cuarenta.

Hoy la media de duración de embarazo en mujeres que esperan a su primer bebé es de entre 40 + 5 y 41 + 2 semanas, y en las mujeres que ya han tenido algún hijo previo la media es de entre 40 + 3 y 41 semanas de duración.

Fijar una fecha probable de parto desde el primer día de embarazo genera una presión añadida para muchas mujeres en la recta final, cuando pasa el tan señalado día. Algunas gestantes sienten que su cuerpo no funciona porque no arrancó su parto cuando esperaban y les genera malestar y desconfianza. A eso se le suma la presión social y varias apuestas no cumplidas que acaban por aumentar la sensación de que algo va mal.

Te recomiendo que le hables a tu entorno del mes probable de parto en lugar de una fecha concreta, por ejemplo, puedes decirles que

nacerá a «finales del mes de agosto» o «mediados de enero».

Mientras tanto, lo más probable es que tu bebé esté gozando de los últimos días en su templo, que es tu cuerpo.

Se considera embarazo a término aquel que está o finaliza entre las semanas treinta y siete y cuarenta y dos de gestación y se presupone el mes más probable en el que nacerá tu bebé.

En nuestro medio, en torno a la semana 41 + 3 o 41 + 5 se propone inducir el parto con motivo de gestación cronológicamente prolongada.

Ahora es posible que te preguntes si puedes hacer algo para favorecer que el parto se produzca espontáneamente en tu recta final. Lo cierto es que nada de esto es la panacea y si alguien te cuenta que algo le funcionó sin fallo, yo te resuelvo que se puso de parto porque era su día igualmente. Aun así, esto puede resultar favorecedor para que tu bebé encuentre el camino y tu cuerpo comience a generar esas olas que tanto necesitas para recibirle:

- Evita el estrés. La calma y la sensación de confort te ayudará a generar oxitocina (una de las hormonas que juegan a tu favor en el parto).
- Alterna la actividad física con el descanso. Muchas veces los partos se desencadenan de noche y es mejor si no has vivido un día agotador.
- Mantén relaciones sexuales si te apetece. Esto aumentará tus niveles de oxitocina.
- Realiza estiramientos de los músculos que rodean la pelvis. Puede ayudar a tu bebé a colocarse de manera favorecedora para el parto.

Por otro lado, hay una maniobra de inducción no farmacológica que sí aumenta las posibilidades de que se produzca el parto en las siguientes horas o días. Se conoce como maniobra de Hamilton, la realiza la matrona o gine a través de un tacto vaginal y consiste en despegar o separar las membranas de la bolsa amniótica del cuello del útero. Este despegamiento favorece la secreción natural de prostaglandinas, que son hormonas que pueden generar contracciones uterinas irregulares y facilitar la maduración del cuello del útero.

En ocasiones no es posible realizarla si el cuello del útero está

cerrado —que es habitual si no ha habido episodios de contracciones previamente—, pero siempre que se realiza ha de ser bajo tu consentimiento.

Siendo menos invasiva que la inducción farmacológica, puede resultar molesta en el momento de realizarla, generar manchado, causar la rotura de bolsa o contracciones dolorosas, pero no efectivas. Es recomendable si tienes una fecha de inducción próxima por algún motivo y tú misma puedes solicitarla a tu matrona o gine.

EL 10 PARTO

Las olas que te llevan a la orilla

VERANO, MAR Y SURF

En el capítulo 4 inauguramos la primavera hablando del comienzo del segundo trimestre, cuando los síntomas más incómodos del embarazo empezaban a cesar, salían los primeros rayos de confianza que indicaban que la vida que crecía en ti, había venido para quedarse, florecía una curva en tu cuerpo y tu pequeña mariposa se hacía notar en cada voltereta.

Ahora esa mariposa es el cachorro que tantas noches has soñado y hasta tienes claro a quién se parecerá. Ese bebé también te conoce mucho a ti, habéis compartido meses de cuerpo y alma y se inicia la recta final para reencontraros y sentiros desde fuera.

Y puestos a hablar de estaciones del año el parto se parece al verano. Porque es calor que alivia y luz tenue de atardecer. Es un viaje al horizonte que con tanto amor y arte preparaste. Es un cambio de aires hacia tu lado más mamífero. Son olas de un mar que invita a surfear. Son manos que acompañan hasta la orilla. Es refugio en tus cinco sentidos que te ayudan a fluir.

Ese bebé también te conoce mucho a ti, habéis compartido meses de cuerpo y alma y se inicia la recta final para reencontraros y sentiros desde fuera.

Puede que te resulte curioso descubrir que, científicamente, es desconocida la causa por la que empiezan las primeras olas —contracciones— que te llevan el parto. Es cierto, no se sabe con exactitud esta causa, si bien sí se sabe que algunos factores influyen y

actúan de manera conjunta favoreciendo su inicio. Estos factores son:

MATERNOS

- Secreción de la oxitocina por reflejo de Ferguson. Se activa cuando el bebé apoya su cabecita en el cuello del útero o cuando se estimulan los pezones.
- Distensión uterina y aumento de los receptores de oxitocina en el útero.
- Secreción ovárica de prostaglandinas. Favorece que el cuello del útero madure y se prepare para la dilatación.

FETALES

- El bebé también segrega oxitocina y otras hormonas que favorecen el comienzo del parto. Lo más probable es que esto ocurra entre las semanas treinta y siete y cuarenta y dos, en las que el embarazo se considera a término y tu bebé maduro para nacer.

Hay dos maneras en las que el parto comienza espontáneamente: a través de contracciones uterinas o con la rotura de la bolsa amniótica.

CONTRACCIONES UTERINAS O CÓMO PASAR DE NAVEGAR A SURFEAR

Unas cuantas páginas atrás te hablé de la similitud de las contracciones con las olas de tres mares: el Menor, el Mediterráneo y el Océano Atlántico.

Las contracciones son motor del parto y hacen que comience, evolucione y culmine. Esas olas te llevarán a la orilla y entre líneas espero estar dándote una buena tabla que te ayude a surfearlas.

La mayoría de los partos comienzan con contracciones irregulares en tiempo e intensidad. Estas olas del Mediterráneo pueden durar horas o días, incluso aparecer y desaparecer, especialmente por la noche. Forman parte de una etapa conocida como preparto o

pródromos de parto.

En esta etapa te recomiendo que busques tu confort y hagas lo que te pida el cuerpo. Puedes comer y beber si te apetece, puede que necesites caminar y moverte o, por el contrario, sientas que necesitas intimidad y descanso. El calor será tu aliado a través de un saco de semillas en la zona que sientas molestia, un baño relajante o una ducha templada.

A veces esas olas adquieren regularidad y elevan su intensidad, se convierten en Atlántico y el cuerpo va cambiando de necesidades. Esto suele indicar que el parto se está desencadenando. Puede que te lleve horas confirmar ese cambio de sensaciones, pero sabrás verlo. Tú y tu bebé estáis varias olas más cerca de conoceros.

ROTURA DE BOLSA ESPONTÁNEA

Otras veces la señal de que el parto está cerca es la sensación de pérdida de líquido amniótico. La rotura de bolsa amniótica espontánea se puede producir antes o durante el parto —incluso hay veces que se rompe justo después de que nazca el bebé, nacer con la bolsa íntegra se llama «parto velado»—.

Si rompes la bolsa puedes notar salida de líquido por la vagina en gran cantidad —esto no dejará lugar a dudas— o de manera más sutil —sensación de salida de líquido muy poco a poco—. De cualquier manera, si lo sospechas, debes observar dos cosas:

- Hora desde que has notado la pérdida de líquido amniótico.
- Color del líquido. Este puede ser:
- –
  Claro o blanquecino. Es el habitual del líquido amniótico.
- –
  Rosado. Suele darse por la mezcla del líquido con algún resto escaso de sangre que habitualmente proviene del cuello del útero.
- –
  Amarillo o verdoso. Significa que el bebé ha hecho caca (meconio) en algún momento y por eso se ha teñido el líquido. La expulsión de meconio antes de nacer se produce con más frecuencia en bebés que son maduros intestinalmente y hacen

caca por simple relajación del esfínter anal. A veces el bebé relaja el esfínter y hace caca porque está incómodo y esta es la razón por la que cuando el líquido amniótico es meconial requiere más atención para asegurar el bienestar del bebé.

¿Cuándo ir al hospital?

No hay un momento ideal para trasladarte al lugar donde has decidido recibir a tu bebé o avisar al equipo que te va acompañar. Conocer el proceso y valorar tus necesidades te ayudará a tomar esta decisión. Aun así, te doy algunos *tips* que pueden guiarte:

- Has roto la bolsa o lo sospechas:
    - Si el líquido amniótico es claro puedes esperar unas horas (en torno a doce sería razonable) a que las contracciones vengan o se regularicen y después ir al hospital. Es importante que compruebes que tu bebé se mueve con normalidad y que tu temperatura está bien, es decir, no tienes fiebre.
    - Si el líquido es rosado suele ser porque el cuello del útero (que probablemente esté cambiando y comenzando a dilatar) tiene muchos vasitos sanguíneos que cuando se rompen generan ese ligero cambio de color, esto es normal y no tiene por qué generarte alarma. Pero si es sanguinolento, como el sangrado menstrual, es importante que acudas a urgencias para valorarlo.
    - Si el líquido es meconial (amarillo o verdoso) es recomendable que un equipo profesional valore el bienestar del bebé a través de la monitorización (escuchando su corazón y viendo a la vez tus contracciones si las hubiera), por lo que sería buen momento para ir al hospital.

- Si percibes contracciones regulares e intensas hace algunas horas y sientes que el Atlántico ha venido para quedarse, puede

ser buen momento para trasladarte al hospital.

El ingreso suele hacerse cuando está la bolsa rota o se considera que estás de parto activo. Eso en teoría consiste en tener una dilatación de cuatro a cinco centímetros y contracciones regulares, aunque es importante individualizar cada caso.

Es una creencia arraigada el hecho de que la Luna influye en el inicio espontáneo de los partos. No es de extrañar que las mujeres conozcan cuándo coincide la luna llena en el último mes de embarazo.

Incluso en las salas de parto, entre matronas y compañeras, es habitual comentar, cuando hay Luna llena, que quizás se avecina una noche ajetreada. Me han hecho muchas veces la pregunta de si afecta la Luna a los partos y he de reconocer que he tenido que investigarlo al escribir estas líneas para afirmar o desmentir este hecho porque, incluso yo, lo tenía interiorizado sin haber buscado explicación probada.

Mito

La Luna genera cambios en las mareas y en las presiones atmosféricas, también es cierto que en lugares donde la contaminación lumínica es baja —menos luz artificial—, la luz de la Luna puede afectar a los ritmos circadianos y al equilibrio hormonal de las mujeres. Pero a pesar de ello, la realidad es que varios estudios desmienten la relación entre los partos y las fases lunares, convirtiendo esta afirmación en un mito. Aun así, estoy segura de que en tus últimas semanas de embarazo te repetirán tanto esta creencia que quizás vuelvas a sospechar y confiar en el poder lunar.

Parece que el Atlántico no llega nunca

A veces las olas del Mediterráneo son agotadoras y cuesta que den paso al Atlántico. Esto se conoce como pródromos insidiosos. No eres tú, tú eres fuerte y haces lo que puedes, pero tu bebé probablemente

no encuentre el camino para meterse en la pelvis y eso haga que el parto no se establezca o evolucione. Esto a veces lleva días y, sobre todo noches de contracciones irregulares que vienen y se van de manera intermitente o se quedan en una intensidad leve o moderada. Genera cansancio físico y también dificultad para mantener el ánimo y la concentración en ese oleaje tan impredecible.

> *A veces las olas del Mediterráneo son agotadoras y cuesta que den paso al Atlántico. Esto se conoce como pródromos insidiosos.*

Ir al hospital y recibir el alta porque aún es pronto puede resultar frustrante en este caso. Te recomiendo que amplíes los espacios de tu pelvis a través del movimiento para facilitar que el bebé encuentre su camino. Para ello te propongo:

- Realizar estiramientos de todo el cuerpo, sobre todo de los músculos que rodean tu abdomen y pelvis
- Darte un baño caliente que ayude a relajar tu cuerpo y mente.
- Favorecer el movimiento libre de la pelvis y adoptar posiciones como la mahometana (en cuadrupedia, zona del pecho más baja que la altura de la pelvis) si no te incomoda o tienes algún problema cardiaco.
- Comer alimentos que te den energía y descansar entre contracciones o cuando cedan.

Puedes plantearte volver al hospital cuando sientas un cambio de etapa en tus sensaciones o si precisas acompañamiento profesional.

El gran trabajo de las hormonas y de tu acompañante

Es imposible darle la espalda a la cascada hormonal que se produce en el parto para entender la manera en la que todo ha de fluir. Te presento a la parte protagonista de hormonas que te acompañarán en el gran día:

OXITOCINA

Es la hormona del amor, la que segregamos cuando damos un largo abrazo, un beso, practicamos sexo o nos sentimos como en casa. Su secreción se ve favorecida por la intimidad y el confort.

Durante el parto es la responsable de que el útero se contraiga y cuando nace el bebé se ocupa de que el útero aún continúe contrayéndose —las contracciones posparto se llaman entuertos— para expulsar la placenta, aminorar el sangrado posparto y que recupere su tamaño previo al embarazo y también de la eyección —salida— de leche materna.

ENDORFINAS

Favorecen la relajación y la analgesia natural en el parto. Son las responsables de las sensaciones de adormecimiento y relajación entre contracciones. Junto con la oxitocina favorecen el vínculo en los primeros encuentros con el bebé recién nacido.

RELAXINA

Es la encargada de hacer más laxas y flexibles las articulaciones durante el embarazo con el objetivo de ayudar a las adaptaciones físicas durante el embarazo y aumentar la amplitud de movimientos durante el parto para facilitar la salida del bebé.

ADRENALINA

Es la hormona de la alerta a lo largo de toda la vida, la que te prepara para huir si encuentras una situación de peligro por mera supervivencia.

Su secreción se ve favorecida por el miedo y la sensación de inseguridad. A razón de aumentar la adrenalina, disminuyen los niveles de oxitocina, por eso no favorece el inicio ni progresión del parto. Sin embargo, en el expulsivo, aumenta su concentración en sangre para dotar de energía y fuerza a la mujer para empujar y estar receptiva cuando nazca el bebé.

Los niveles elevados de esta hormona en sangre materna durante

el expulsivo son también responsables de que el bebé tenga un período de alerta o despertar en las primeras horas de vida, perfectos para adaptarse al mundo extrauterino e iniciar la alimentación.

Estas hormonas interaccionan en un equilibrio que les otorga un papel fundamental durante y después del parto. Sin duda, la hormona protagonista del parto es la oxitocina y esto responde a una gran pregunta que puede que te estés planteando: ¿qué puede hacer tu pareja o la persona que eliges que te acompañe en el parto? Proteger la oxitocina. Así, como suena, hacer que fluya en ti oxitocina endógena —propia del cuerpo—. A través del entorno hará que el parto fluya y avance con más facilidad. Para ello, tu acompañante puede:

- Gestionar el traslado al hospital, favoreciendo tu confort y desde la tranquilidad.
- Generar un entorno de calma e intimidad.
- Crear un ambiente de luz tenue o natural.
- Ofrecerte hidratación.
- Recordar afirmaciones positivas que te generen confianza para seguir.
- Darte caricias o masajes.

Esto le hará sentirse partícipe e importante —porque lo es— y lo convertiréis en una experiencia más positiva para ambos.

¿Qué puede hacer tu pareja o la persona que eliges que te acompañe en el parto?
Proteger la oxitocina.

¿Adelantar el momento del nacimiento?

La inducción al parto es la estimulación del inicio o progresión del mismo a través de diferentes métodos cuando se considera que el bebé está mejor fuera que dentro, ya sea por él o por la mamá. La decisión debe ser informada y conjunta de la madre y el equipo médico. Los

motivos de inducción pueden ser varios:

- Patología materna o fetal que ponga en riesgo su salud y que mejore con la finalización del embarazo.
- Gestación cronológicamente prolongada. En nuestro medio se considera la finalización de la gestación en torno a la semana 41 + 3 y 41 + 5 en base a que a partir de entonces aumentan discretamente las posibilidades de pérdida de bienestar fetal.
- Rotura prematura de membranas. Se conoce con ese nombre al hecho de romper la bolsa antes de que se inicie el parto. Porque puede pasar que rompas la bolsa, pero las contracciones no comiencen a lo largo de las siguientes horas. Se recomienda inducir el parto, si no se está desencadenando de manera natural, en las primeras veinticuatro horas desde que se rompe la bolsa con el fin de disminuir el riesgo de infección.

La manera de iniciar una inducción al parto puede variar en función de:

- la presencia o ausencia de contracciones uterinas: que son el motor del parto,
- lo favorable o no que esté el cuello del útero: que es parte importante del canal blando del parto y la parte anatómica que dilata durante el proceso. Que esté favorable o maduro significa que ya empezó algunas modificaciones encaminadas a facilitar el inicio del parto.

El proceso de inducción de parto intenta imitar al que se desencadena de forma fisiológica. Por ello, se siguen una serie de pasos y los métodos varían. De esta forma, se busca aumentar las probabilidades de que el parto evolucione de manera similar a como lo hace la naturaleza. Podemos diferenciar distintos métodos:

MECÁNICOS

- *Maniobra de Hamilton.* Hablamos de ella en el capítulo anterior. Recuerda que consiste en despegar las membranas del cuello del

útero a través de un tacto vaginal. Se puede hacer en consulta por tu gine o matrona. Es recomendable hacerla si ya tienes fecha de inducción al parto para aumentar las probabilidades de inicio espontáneo.

- *Sonda cervical con balón.* Consiste en la introducción en el cérvix a través de un tacto vaginal, de una sonda con una especie de globo pequeño que se va llenando de líquido para favorecer la maduración del cuello del útero (que se ponga más blando y favorable para el inicio de la dilatación).
- *Rotura artificial de membranas.* Romper la bolsa artificialmente se hace para estimular el parto a través del reflejo de Ferguson (que la cabecita del bebé apoye en el cuello del útero y genere más contracciones y/o más efectivas).

FARMACOLÓGICOS

- *Prostaglandinas.* Son hormonas que el cuerpo también genera de forma natural y que en este caso se administran la mayoría de veces por vía vaginal para favorecer la maduración del cuello del útero a través de contracciones habitualmente irregulares. Esta medicación suele dejarse al menos doce horas mientras hace efecto y se controla cada cierto tiempo el bienestar del bebé a través del monitor y la frecuencia de las contracciones (podríamos decir que las prostaglandinas pretenden llevarnos a las olas del Mediterráneo).
- *Oxitocina sintética.* Se administra por vía venosa con un manejo lento, progresivo y controlado de la misma con el objetivo de aumentar o regularizar las contracciones del parto en frecuencia e intensidad. Requiere monitorización continua (escuchar al bebé y ver las contracciones mediante una gráfica).

El balance beneficio/riesgo de adelantar el momento del nacimiento siempre ha de salir positivo en favor de tu salud y la del bebé, puesto que es más probable que el parto sea fisiológico cuando se desencadena espontáneamente. No dudes en consultar con tu equipo médico sobre el motivo de inducción y las opciones disponibles, así como los riesgos específicos en tu caso.

Duración del parto.
El Camino de Santiago

Si supiera contestar a las preguntas «cuándo va a nacer» y «cuánto va a durar», tendría el título de vidente más que afianzado. Lo cierto es que el parto entiende poco de horarios y de matemáticas. No salen las cuentas cuando se trata de parir y de nacer. Es un proceso mamífero, fisiológico y tremendamente dinámico que en cualquier momento puede dar un giro de los acontecimientos. Por eso, la mayoría de las veces es difícil de predecir, y por eso es casi mejor no intentarlo. Aun así, me veo inmersa en esta conversación cada día de mi vida profesional mientras acompaño un nacimiento:

—¿Cuánto queda?

—No lo podemos saber, el bebé busca su camino y las contracciones mandan.

—¿Pero tú cuánto crees?…

Y sinceramente, depende del día, arriesgo más o menos. A veces hasta acierto. Siempre siento que genera confianza, y vuelvo a sentirme un poco brujilla por un rato. Lo que sí se cumple la mayoría de las veces es la premisa de que los partos son largos y llevan horas.

Esa «horita corta» que se desea a las mujeres a término no es un parto normal, y, de hecho, tiene nombre propio, se llama parto precipitado. Son partos que comienzan directamente con un mar Atlántico entre olas que casi no dan tregua y suelen ser rápidos, intensos e imparablemente instintivos. Corresponden a las anécdotas, imborrables en la mente de cualquier embarazada, de aquellas que paren en el coche de camino al centro de nacimientos, las que fueron acompañadas por un taxista o en la puerta de urgencias del hospital. Estos nacimientos generan mucho revuelo y a veces esto pasa factura a la intimidad y necesidad de calma de la mujer que está pariendo. Si alguna vez presencias uno o lo vives, espero que estas líneas te ayuden a entender que si va así de rápido es un buen indicador de que irá bien y que lo más importante es proteger a la mujer y no separarla de su bebé cuando nazca —ni cortar el cordón umbilical, no hay prisa ni peligro por no hacerlo—.

Esa «horita corta» que se desea a las mujeres a término no

es un parto normal, y, de hecho, tiene nombre propio, se llama parto precipitado.

En realidad, lo habitual es que, especialmente cuando es el primer bebé, el cuerpo necesite tiempo para generar esas olas regulares, para que estas generen cambios en el cuello del útero y para que el bebé descienda después por el canal del parto hasta nacer.

Ibone Olza, una brillante psiquiatra dedicada a la salud mental perinatal, cuenta en su libro *Parir: el poder del parto* cómo el alumbramiento puede ser una especie de viaje en el tiempo para las mujeres. Ella nombra varios estudios en los que las mujeres describen su percepción del tiempo durante su parto y cómo esta se ve alterada.

Es llamativo porque, la mayoría de las veces, según cuenta Ibone, durante el parto las mujeres referían sentir el tiempo infinito y se sorprendían cuando al acabar miraban la hora y decían que había pasado mucho más rápido de lo que marcaba su percepción. Sin embargo, en retrospectiva, cuando las mujeres lo recuerdan, perciben que el tiempo se detuvo para ellas y se asombran cuando son conscientes de las horas que pasaron mientras se producía el nacimiento de su bebé. Las expectativas juegan un papel importante en esta percepción, desconecta y déjate llevar por las olas que te mecen.

Aunque antes he dicho que el parto es un proceso dinámico, teóricamente se describen tres fases: dilatación, expulsivo y alumbramiento, pero añadiré una previa que también es parte fundamental de esta vivencia y una fase de transición que se sitúa entre el final de la dilatación y el inicio del expulsivo.

	CAMBIOS FÍSICOS / SENSACIONES	
Preparto o pródromos de parto [illegible]	[illegible] intensidad variable y frecuencia irregular [illegible] transición a las olas del Atlántico.	
Dilatación [illegible]	[illegible] establecido [illegible] intensas que harán que el bebé apoye su cabecita sobre el cuello del útero y evolucione la dilatación.	
Transición [illegible]	[illegible] de los cien kilómetros acordados para llegar a Santiago y sientes que la última cuesta arriba tiene demasiada pendiente. Pronto comenzarás a sentir presión y esto indicará que has entrado de	

lleno en la siguiente fase.

Expulsivo pasivo (antes de notar sensación de presión y ganas de empujar) y **expulsivo activo** (cuando las contracciones generan sensación de presión y se acompaña cada contracción con uno o varios pujos).

Salida de la placenta: contracciones uterinas de menor intensidad a las de las fases anteriores y de nuevo ligera presión a la salida de la placenta.

No se describe teóricamente «estar de parto» hasta que las contracciones son regulares y la dilatación del cuello del útero es de tres-cinco centímetros porque es cuando se presupone que el parto está establecido y no se va a «parar».

La dilatación se valora a través de un tacto vaginal que realiza la matrona o el gine que te acompaña. El objetivo es tocar el cuello del útero que está al fondo de la vagina y que comunica esta con el útero.

Imagínate que tu bebé se está poniendo un jersey de cuello vuelto que, *a priori,* tiene un tejido grueso y cerrado, pero que progresivamente, a través de las contracciones, se va haciendo blando y más fino. Según avanza el parto, ese cuello vuelto va abriendo camino a la cabecita del bebé y la dilatación completa —diez centímetros— sería cuando el bebé ya pasó el cuello del jersey por su cabeza.

El expulsivo te llevará a la fase que con más frecuencia se ve en las películas y series. De hecho, muchas personas piensan que eso es realmente estar de parto, estar en fase de expulsivo. Como ya has aprendido, es una fase más y quizás te estés preguntando si sabrás hacerlo, si serás capaz de acompañar a tu bebé a través de los pujos, aunque nunca antes lo hayas hecho.

No se describe teóricamente, «estar de parto» hasta que las contracciones son regulares y la dilatación del cuello el útero es de tres-cinco centímetros porque es cuando se presupone que el parto está establecido y no se va a «parar».

Sí, rotundamente sí vas a saber hacerlo. De la misma manera que nadie te enseñó a hacer pis o caca, y lo haces desde el primer día de tu

vida, ahora serás capaz de acompañar a tu bebé hasta conocerle al otro lado de la piel.

La sensación intensa de presión en el periné te ayudará a guiar la fuerza hacia el exterior en cada contracción. Es ideal que, aunque tengas analgesia epidural, sientas lo suficiente como para que el cuerpo te pida empujar y puedas hacerlo de manera espontánea. Se suelen hacer de uno a tres pujos durante la contracción y se descansa entre ellas.

Cuando las sensaciones no están del todo conservadas, la matrona puede ayudarte a identificar cuándo tienes contracción para comenzar con los pujos. Con cada contracción tu bebé estará más cerca, pero el expulsivo también suele llevar tiempo, incluso muchas veces varias horas. No pierdas de vista la meta, estás a un gran esfuerzo de conocer al amor de tu vida.

Verdad

Que salga caca en el expulsivo no es un mito, es pura anatomía de la mujer y no es voluntario. Sale cuando la cabecita del bebé en el descenso del canal del parto se apoya en la parte final del intestino grueso, llamada ampolla rectal, y esta contiene caca.
Si la ampolla está vacía, no saldrá nada. Pero si hay heces, saldrá por comprensión hacia el exterior. Y entonces, ¿qué pensará la matrona cuando salga caca? ¡Que estás muy cerca de conocer a tu bebé!

El movimiento

El movimiento es uno de los mayores aliados en el parto porque, de hecho, el parto en sí es movimiento. El útero se contrae para acompañar al bebé hacia el exterior, el cuello del útero dilata para abrirle paso, el bebé también se mueve a través de giros y adaptaciones al espacio que le ofrece el canal del parto.

El movimiento materno en primera instancia debe favorecer tu comodidad en busca de lo que te pida el cuerpo. Porque escuchando las sensaciones el movimiento va a fluir diferente en función de la etapa en la que estés.

El canal del parto está formado por la pelvis ósea, los músculos en torno a ella y los órganos implicados. El estudio del movimiento de la mujer en el parto encaminado a mejorar y ampliar los espacios en el canal del parto para facilitar su evolución se conoce con el nombre de biomecánica del parto. En base a esto, y porque puede que tengas curiosidad o motivación a tener herramientas que favorezcan el proceso y poder utilizarlas, te propongo algunas posturas y movimientos:

Posición	Movimiento	Utilidad
Pelota de pilates	Realizar movimientos circulares, en ocho, dibujando infinitos, de delante hacia atrás, de lado a lado, generando asimetrías girando el tronco hacia un lado y estirando la pierna contraria.	Favorece el encajamiento de la cabeza y genera alivio en las sensaciones durante las contracciones.
Posición cuadrupedia, con el pecho y brazos descansando sobre la pelota de pilates.	Movimiento libre de la pelvis, espalda y piernas.	Abriendo la zona lumbar, permite la ampliación del espacio en la pelvis para que el bebé se coloque en posiciones más óptimas en el canal del parto.
Caminar o estar de pie	Dar «pataditas» laterales hacia los lados con cada pierna.	Favorece el encajamiento en las primeras fases del parto y puede aliviar las sensaciones durante la contracción.
Posiciones en suspensión: colgada del techo o apoyada «colgando» en acompañante.	La pelvis queda colgando en movimiento libre y favorece el encajamiento del bebé.	Ayuda a liberar los músculos de la zona lumbar y también los dorsales.
Cuclillas con apoyo hacia adelante (puede ser cualquier lugar de apoyo).		En la última parte de la dilatación o el expulsivo, puede ser una postura favorecedora del descenso del bebé por el canal del parto y resultar cómoda para empujar y aliviar la sensación de presión.

El movimiento favorece la optimización de la posición del bebé en el descenso por el canal del parto y tu comodidad, empoderamiento, sensación de libertad y alivio del dolor.

El parto invita al cuerpo a moverse, por eso probablemente la cama no sea tu lugar favorito para sobrellevar esas olas. Escuchar a tu cuerpo y atender a las sensaciones te llevará a moverte, fluir y surfear hasta conocer a tu bebe.

Si utilizas analgesia epidural, esta puede limitar tu movilidad, si bien podrás variar tu posición y adoptar posturas que beneficien el proceso a través de tus sensaciones y del acompañamiento de tu matrona. Puede que la matrona te proponga alternativas para lograr tu comodidad y la del bebé en función de cada etapa del parto. Cada vez somos más las profesionales que acompañamos nacimientos desde un enfoque del movimiento libre y/o guiado en función de las necesidades y de manera individualizada.

El dolor. Métodos de alivio

El dolor en el parto es único y distintivo porque no se trata de uno que indica daño o peligro y por eso no genera de manera fisiológica la segregación de hormonas de huída como es la adrenalina. La mayoría de las veces es:

- *Progresivo,* y va de menos a más a lo largo de las horas para generar cierta tolerancia a las sensaciones y sientas que puedes surfear esas olas para las que ya tienes una buena tabla.
- *Discontinuo.* Alternando intensidad y alivio entre contracciones.
- *Predecible,* porque adquiere ritmicidad.
- *Variable.* De unas mujeres a otras y en función de la posición del encajamiento del bebé.
- *Dinámico,* porque cambia a medida que avanza el parto. Habitualmente se inicia en la zona lumbar y abdominal, y según se aproxima la fase de expulsivo se traslada en forma de presión y apertura hacia el periné.

Cada mujer lo vive diferente, incluso una misma mujer, de un embarazo a otro puede experimentarlo de manera distinta.

La forma de interpretar y vivir el dolor en el parto está influida por algunos factores como la preparación emocional, física y mental para sobrellevar horas de olas que necesitarán que te mires hacia dentro y no pierdas de vista el propósito de ese dolor.

Déjate llevar para acompañar cada contracción en lugar de lucharlas, descansa entre ellas, relaja tu respiración para no poner en tensión todo el cuerpo y fluye escuchando tus necesidades para

cumplir con ellas.

Aunque la analgesia epidural es la más conocida y la más eficaz en cuanto al alivio del dolor en el parto —ya que es la única capaz de hacerlo desaparecer por completo—, existen otras opciones que pueden ayudarte a sobrellevarlo y aliviarlo y vivir una experiencia positiva.

> *El movimiento favorece la optimización de la posición del bebé en el descenso por el canal del parto y tu comodidad, empoderamiento, sensación de libertad y alivio del dolor.*

Es habitual encontrar representados los métodos de alivio del dolor en el parto en forma de escalera analgésica, pero a estas alturas del libro ya tienes una tabla con la que surfear el nacimiento de tu pequeño, por lo que solo voy a situar sobre ella las herramientas de alivio del dolor que tendrás la opción de sumar a tu experiencia si así lo deseas.

EL ENTORNO

Es fundamental para gestionar tus sensaciones. A través de la luz natural o tenue, la música relajante, tus afirmaciones positivas, el movimiento, calor con saco de semillas, aromaterapia, tu respiración…

LA RESPIRACIÓN

Puede ayudarte de manera llamativa y mediar entre tus sensaciones físicas, la relajación y el manejo de tus emociones. Te propongo practicar durante el embarazo —y la vida, que tantas veces nos exige pararnos a respirar— una respiración consciente. Es muy útil si inspiras profundo y exhalas el aire más lentamente de lo que lo cogiste —coge el aire en tres segundos y suéltalo en seis—. Puede ayudarte imaginar que quisieras mover el fuego de una vela sin llegar a apagarla.

EL MASAJE Y EL REBOZO

El masaje a través de la aplicación de presión y movimientos suaves en algunas zonas te puede ayudar a relajar tensiones y generar alivio y bienestar.

El rebozo por su parte es una técnica tradicional mexicana en la que se utiliza una tela para aplicar el masaje en forma de presión y movimiento en diferentes zonas como la tripa, las caderas, las piernas… Además de favorecer tu confort, puede ayudar a adoptar posturas que facilitan el parto.

EL CALOR

Está demostrado científicamente el poder analgésico de la inmersión en agua caliente durante el parto. Tanto es así que la OMS y otras organizaciones de renombre recomiendan los baños en agua caliente como opción segura y efectiva de alivio del dolor en el parto. La manera más óptima de utilizar el agua caliente como método de alivio del dolor es a través del baño con inmersión completa
—hasta los hombros incluidos—.

Por mi experiencia profesional, creo que el poder analgésico del agua caliente, en forma de baño o ducha, es el gran descubrimiento de las mujeres en el contexto del parto. De hecho, es bastante probable que la matrona que te reciba te pregunte si has tomado un baño o ducha caliente durante las horas previas o tal vez te proponga hacerlo. He de confesar que en ocasiones he temido que las mujeres me malinterpretaran pensando que les estoy proponiendo un baño con fines higiénicos, pero no, siempre lo he dicho con el fin de mejorar sus sensaciones del preparto o parto.

TENS

Por sus siglas en inglés se traduce como «estimulación nerviosa eléctrica transcutánea» y se utiliza colocando unos electrodos
—como las pegatinas de los electrocardiogramas— que generan una corriente eléctrica de baja frecuencia. Es un método no farmacológico de alivio del dolor en varias situaciones, entre las que puede estar el parto.

Las conclusiones de los estudios realizados hasta la fecha sobre este método en el contexto del parto indican que el TENS puede proporcionar alivio del dolor de leve a moderado en fases tempranas del parto, pero no se ha demostrado mejoría significativa de las sensaciones del parto en etapas posteriores del mismo.

> *El poder analgésico del agua caliente, en forma de baño o ducha, es el gran descubrimiento de las mujeres en el contexto del parto.*

EL ÓXIDO NITROSO

También conocido como gas de la risa, es muy utilizado como método analgésico en el parto en muchos países. En España está menos extendido, aunque ya hay bastantes hospitales que lo ofrecen como opción.

El método consiste en respirar del aire de una bombona a través de una boquilla o mascarilla, durante la contracción, percibiendo una sensación relajante que puede proporcionar un alivio moderado del dolor. A algunas mujeres les resulta poco agradable porque con frecuencia genera sensación de mareo.

LA ANALGESIA EPIDURAL

Es una opción farmacológica. Consiste en la administración de medicación en un espacio virtual que recorre la espalda que se llama espacio epidural —ubicado entre las capas externas de la médula espinal y la columna vertebral—. Para administrarla, un anestesista coloca un catéter —tubito pequeño— que se mantiene hasta que finaliza el parto.

La analgesia epidural se considera uno de los métodos más efectivos, e incluso puede permitir el descanso durante el proceso, si bien suele conllevar la pérdida parcial o total de la fuerza en los miembros inferiores.

Aunque generalmente es segura, es importante conocer los

posibles efectos secundarios o complicaciones asociadas como la disminución de la tensión arterial, la retención urinaria, fiebre o el dolor de cabeza —tras una punción dural accidental—.

Hay una modalidad de analgesia epidural conocida como *walking* epidural que, en cuanto a la técnica a la hora de colocación del catéter es exactamente igual que la epidural convencional, pero se administran bajas dosis de medicación con el fin de conservar en mayor medida la capacidad de movimiento y fuerza en el proceso del parto. Esta administración a dosis bajas puede ser insuficiente para el alivio completo del dolor cuando este incrementa en intensidad. Si se precisa más dosis de anestesia epidural, se puede administrar por el catéter, si bien es cierto que al aumentar la dosis se pierde movilidad.

En algunos hospitales no ofrecen este tipo de epidural, pero si lo deseas, puedes solicitar dosis menores de medicación al inicio y aumentarlas de manera progresiva.

¿Cuándo es el mejor momento para poner la epidural? El mejor momento para ponerla es cuando la necesites.

En teoría, no hay un momento idóneo para utilizar esta analgesia. No es «demasiado pronto» si el dolor te está generando sufrimiento y no te deja fluir, y no es «demasiado tarde» si previsiblemente queda tiempo para el nacimiento del bebé.

En términos generales, se recomienda esperar a utilizar la epidural cuando el parto esté instaurado —la dilatación sea de tres/cinco centímetros y las contracciones sean regulares e intensas—. La razón de esto es que cuando un parto está instaurado, con más probabilidad progresa sin necesidad de intervenciones médicas —como la rotura artificial de la bolsa o el uso de oxitocina sintética—. Pero a veces los días de preparto, las horas de parto, la posición del bebé o las intervenciones en el parto como romper la bolsa o poner oxitocina hacen que puedas necesitar utilizar este método analgésico antes de lo previsto. Te animo a que esto no te genere ninguna emoción negativa, porque no eres blanda, no aguantas poco, sino que probablemente tu cuerpo te pida descanso y esta sea la manera de dárselo. Quizás después de un rato con la epidural, habiendo descansado, te apetezca retomar un manejo más activo de tu movilidad con ayuda de tu matrona para favorecer que tu bebé encuentre su camino.

Puede que ya hayas pensado, e incluso decidido cómo vas a

surfear esas olas atlánticas. Quizás por experiencia propia o de tu entorno te decantes por la analgesia farmacológica, sin embargo, te aconsejo que no le des la espalda al resto de métodos, pues el parto probablemente se desencadenará en casa y requerirá de tus propias herramientas para acompañar y sobrellevar las sensaciones al inicio. Además, la mayoría de estos métodos no son excluyentes entre ellos y podrás elegir el/los que más te benefician en cada momento.

Las joyas de la corona en tu experiencia de parto y el manejo del dolor son:

- El entorno, catalizador para que tus hormonas jueguen a tu favor y fluyas con más facilidad.
- El acompañamiento, que es clave. De la persona que te acompaña y de la matrona idealmente *one to one* (una para ti). Estaremos allí para sujetarte la tabla de surf o hacerte flotar entre esas olas cuando lo necesites.
- La confianza es fundamental, porque sentirte empoderada en ese momento te traerá de vuelta un posparto más sencillo.

¿Se puede beber y comer?

¿Te imaginas hacer el Camino de Santiago sin agua? Yo no. Es común escuchar la experiencia de muchas mujeres a las que no les han permitido comer ni beber a lo largo de su parto en el ámbito hospitalario. A continuación, te explico el motivo y la evidencia que hay detrás de estos protocolos poco actualizados.

La razón es la prevención de aspiración —que el contenido del estómago suba por el esófago y acabe pasando a los pulmones— en caso de necesidad de anestesia general, por tener una cesárea urgente intraparto. La cesárea urgente intraparto con necesidad de anestesia general es impredecible y ocurre en un porcentaje muy pequeño de los casos. También es pequeño el riesgo de aspiración, y la urgencia está siempre por encima de las horas de ayuno —aunque hubieras comido hace muy pocas horas, si es necesario hacer una cesárea, se haría—.

Las sociedades científicas apoyan la ingesta de agua y líquidos claros durante el parto. Puedes beber —agua, bebidas isotónicas, líquidos claros, zumo sin pulpa…— si te apetece antes, durante y después de tu parto.

Si el parto es de bajo riesgo y sin epidural, también podrás ingerir alimentos ligeros como fruta, un pequeño puñado de frutos secos, algo de chocolate… si te apetece —la mayoría de las mujeres no tienen sensación de hambre durante el proceso—, siempre y cuando no haya complicaciones médicas que requieran su restricción.

Beber o comer alimentos ligeros durante el parto puede proporcionarte bienestar, energía y ayudarte a mantener unos adecuados niveles de glucosa en sangre.

El temido desgarro

Aunque puede que ya leyeras sobre el periné unos capítulos atrás, en esta parte te muestro lo que ocurre cuando el bebé pasa a través de él, en la última fase del expulsivo. Es en esta etapa en la que adquiere su máxima elongación del tejido, cuando el bebé se sitúa en lo que se conoce como cuarto plano de Hodge. Es interesante saber a grandes rasgos qué son estos planos porque, casi seguro, oirás hablar de ellos el día del parto.

Los planos de Hodge son referencias anatómicas para describir la altura de la presentación del bebé en el descenso por el canal del parto. En total son cuatro, desde el cero, que es el primero que atraviesa el bebé, hasta el cuarto, que es el más cercano a la salida de la vagina —son como los pisos de un ascensor desde el cero hasta el menos cuatro—.

En el cuarto plano la cabecita ya abomba el periné y también se dice que está «coronando», porque asoma la coronilla en la apertura de la vagina. Si no tienes analgesia epidural, es el momento de máxima intensidad con la sensación de presión pélvica y del periné. La sensación es de escozor y calor, a esto se denomina el anillo de fuego. Es una descripción subjetiva hecha por las mujeres tras su experiencia de parto que sostiene una sensación de ardor en el punto de máxima distensión del periné, justo antes de que salga la cabecita del bebé y nazca por completo. Esta sensación se debe a la distensión de los tejidos y es tan intensa e irracional como normal y pasajera.

Si eliges la analgesia epidural, la sensación puede ser desde una leve presión hasta sensaciones parecidas al anillo de fuego, pero con menor intensidad. No tengas miedo, grita, exhala y cógete fuerte a la

tabla que ya estás en la orilla y entonces tu bebé está al otro lado de la piel.

En ese momento, cuando la piel del periné se distiende en su máximo punto, en ocasiones sucede eso que suena tan feo pero que da el espacio justo y perfecto para que nazca tu pequeño, el desgarro perineal.

Estoy segura de que con el tiempo encontraremos un nombre que dé menos miedo a las mujeres. Ahora no puedo más que darte la información para que no sientas que el desgarro perineal es una amenaza para ti, sino sentirlo un aliado cuando la piel no estira más en el camino a conocer a tu pequeño. Piénsalo, si la elasticidad de la piel no avanzara más y no existiera la posibilidad de que se abriera lo necesario para darle paso, no podría nacer.

Los desgarros se clasifican por grados, de menor a mayor magnitud en una escala desde el primer grado hasta el cuarto. La mayoría son leves, y al producirse de manera natural por donde el tejido es más fino la recuperación suele ser sencilla. Se suturan —con anestesia local o utilizando tu anestesia epidural— con un hilo que se reabsorbe —por tanto, no es necesario retirar los puntos días después — y la clave es mantenerlos secos en la medida de lo posible durante el posparto para favorecer la cicatrización.

Por supuesto puede no haber desgarro y esto es más habitual cuando ya ha habido partos anteriores, cuando el bebé es pequeño en tamaño y cuando la última parte del expulsivo es pausada para darle tiempo al tejido a acomodarse y hacerse elástico. También depende de factores como la edad materna y las características individuales del tejido y la piel de cada mujer.

La episiotomía es un corte que se realiza en la fase final del expulsivo y cuya indicación es la sospecha de pérdida de bienestar fetal o parto instrumental. Esto quiere decir que, a veces se hace necesario acelerar la última parte del parto de esta manera para asegurar el bienestar del bebé.

Mito

La episiotomía no está indicada para evitar un desgarro, porque, de hecho, en cierta manera lo produce.

Antiguamente se hacían episiotomías por rutina porque existía la creencia de que evitaba desgarros graves, esto ya es parte de la historia y la evidencia científica no apoya esta justificación para realizar la técnica.

Tipos: normal, con ayuda y cesárea

Yo que soy matrona y acostumbro a que las mujeres o familias me cuenten sus partos, curioseo con la definición que cada cual le da al suyo. Es común escuchar que un parto ha sido «natural» y, sin embargo, creo que se refieren a «normal» o simplemente a vaginal. Quizás quien lo dice, siente que esa connotación de «naturalidad» le aporta un extra de valor a la experiencia increíblemente trascendental que es dar vida, sea del modo que sea. Esto me invita a afinar un poquito entre los tipos de parto a gran escala, porque, a pequeña escala, cada uno es único.

Se define como parto normal aquel que acontece espontáneamente en una mujer con un embarazo a término de bajo riesgo, evoluciona de la misma manera hasta el nacimiento por vía vaginal y después de él, la madre y el bebé se encuentran en buenas condiciones. Y dentro de esta normalidad que parece tan específica, hay un universo.

Atendiendo a sus características, podemos clasificar los tipos de parto según el inicio. Este puede ser:

- Espontáneo.
- Inducido.

Según por dónde sale el bebé, el parto puede ser:

- Abdominal: cesárea.
- Vaginal:
    - *Eutócico* —esta palabra proviene del griego *eu, «normal»*, *tokos,* «parto»—. Significa que ha sido un parto vaginal y sin uso de instrumental. Este tipo de nacimientos, en

nuestro medio, suelen estar acompañados por matronas de principio a fin.

- *Instrumental.* Nacimiento por vía vaginal en el que la ginecóloga ha utilizado un instrumento como la ventosa, espátulas o fórceps para favorecer la última fase del expulsivo.

Se denomina parto distócico —del griego *dis*, «difícil», *tokos,* «parto»—, cuando ha precisado de intervención médica a causa de alguna complicación durante el proceso. Tanto las cesáreas como los partos vaginales instrumentales se consideran partos distócicos.

Las intervenciones que se realizan en los partos deben estar siempre justificadas con el beneficio último de mejorar tu salud y/o la del bebé. De hecho, una complicación detectada en un parto y resuelta mediante una intervención médica puede salvar la vida de la madre, del bebé o disminuir al máximo las posibles secuelas de la distocia.

Si se interviene de manera innecesaria en un parto normal, probablemente dejará de serlo. Las intervenciones innecesarias pueden desembocar en un efecto bola de nieve de nuevas intervenciones, ahora sí, de carácter necesario.

Alumbramiento y pinzamiento del cordón

El alumbramiento es la tercera etapa del parto y corresponde con la salida de la placenta. De la placenta leíste en el segundo capítulo, cuando te conté sobre este maravilloso órgano que te une por completo con tu bebé durante el embarazo y parto.

La placenta está unida a la pared uterina por una de sus caras a través de muchos pequeños vasos sanguíneos que conectan tu circulación con la del bebé. Cuando el bebé nace, esos vasos comienzan a colapsar a través de la potente contracción que se produce en el útero y poco después se desprende de la pared uterina y sale al exterior.

El tiempo de alumbramiento suele ocurrir en la siguiente hora al parto, aunque es variable de unos a otros. El manejo del

alumbramiento puede ser:

- *Espontáneo.* Dejando que el útero se contraiga de manera natural y la placenta salga sola o mediante leves pujos maternos.
- *Dirigido.* Mediante la administración de un medicamento uterotónico (como la oxitocina) para acelerar y facilitar la salida de la placenta y con el objetivo de disminuir las probabilidades de hemorragia posparto.

Y mientras la placenta se toma el tiempo en desprenderse de tu pared uterina, el cordón umbilical sigue latiendo. Transportando sangre entre tu cuerpo y el del bebé, que está en plena adaptación a la vida extrauterina y que también comienza a oxigenarse de manera autónoma a través de la respiración.

La cantidad de sangre que pasa al bebé en esos minutos oscila alrededor de los ochenta mililitros, que puede representar, incluso un 30 % del volumen sanguíneo total del recién nacido.

Hay varias maneras de intervenir en el pinzamiento y corte del cordón umbilical:

- *Pinzamiento precoz.* Consiste en cortarlo inmediatamente después de nacer el bebé o antes de que se cumpla el primer minuto de vida.
- *Pinzamiento tardío.* Se refiere al pinzamiento tras, al menos, sesenta segundos desde el nacimiento.
- *Pinzamiento óptimo.* Se trata de cortar el cordón cuando ya ha dejado de latir (dejando pasar unos minutos) y es lo que ocurriría en la naturaleza.

El pinzamiento tardío/óptimo del cordón umbilical es una práctica recomendada por la Organización Mundial de la Salud, puesto que favorece una adaptación más fisiológica y aumenta los depósitos de hierro del bebé, incluso hasta los seis meses de vida.

Si se interviene de manera innecesaria en un parto normal, probablemente dejará de serlo.

No hay prisa en cortar el cordón umbilical, esa sangre es suya y beneficia enormemente a tu bebé mientras os dais el primer abrazo.

El primer abrazo, su primera nota

Hay dos cosas que el bebé espera al nacer: un cierto olor y un cierto contacto con su madre.

Este primer abrazo se da idealmente sin barreras, piel con piel. Los beneficios del piel con piel son cada vez más conocidos, pero aun así, a veces se fomenta de manera insuficiente o se interrumpe demasiado pronto. Entre estos beneficios están:

- La regulación de la temperatura.
- La estabilidad cardiovascular y respiratoria.
- La estimulación de la lactancia materna.
- La reducción del estrés y el llanto.
- La estimulación del sistema inmunológico.
- La promoción del vínculo emocional.

Y mientras el bebé se adapta a la vida fuera, pero cerca de tu cuerpo, habitualmente se le hace una valoración de esa adaptación, poniéndole su «primera nota», la prueba de APGAR.

Es una puntuación utilizada para evaluar de manera rápida, sencilla y ordenada al recién nacido en los primeros minutos de vida. Concretamente se suele generar una puntuación al minuto, a los cinco y a los diez de vida. En esta escala se valoran varios ítems:

A: Activación muscular o tono muscular.

P: Pulso.

G: Respuesta a la estimulación.

A: Apariencia o color de la piel.

R: Respiración.

A cada ítem se le pone una puntuación de cero a dos, en función de si se cumple o no, logrando una puntuación de cero a diez.

Y cuando todo parece haber acabado, en realidad este increíble viaje no ha hecho más que empezar.

Eres la mejor madre de su mundo

El día que Andrea, mi prima hermana, me contó su parto entre amor y lágrimas a los pocos días de suceder, os escribí esta carta:

> Querida mamá que acabas de nacer:
> Te escribo estas palabras desde un corazón que aún solo ha nacido una vez, pero que acompaña tantas otras mujeres que, como tú, se reencuentran consigo en esta etapa llamada posparto.
>
> Estoy feliz por verte con tu bebé en brazos, ese que hace pocos días pataleaba tu vientre.
>
> Me cuentas el nacimiento desde tu vivencia porque necesitas compartir esas sensaciones que a ratos te persiguen y no te dejan descansar. Porque quizás no te lo imaginaste así.
>
> Yo te animo a reconstruir ese momento desde el reconocimiento del poder que tienes de traer vida al mundo. Porque quiero que te mires y te veas tan valiosa como lo hacemos todos. Incluso aquellos que, ansiosos por conocer al nuevo miembro, se les olvidó preguntarte cómo te sientes tú.
>
> Sé que soñaste tantas veces con este momento que te da miedo fallarte y no disfrutarlo «lo suficiente». Y por eso me dices entre lágrimas que en realidad estás feliz. Y yo te creo, pero te animo a que no te exijas estar de ninguna manera. Porque intentar clasificar cómo te sientes en una etapa que es una montaña rusa emocional es casi misión imposible. Además, te contaré algo. Ese bebé sabe que su mamá ríe, ama, llora y siente desde el mismo día que empezó a existir, cuando apenas asomaba bajo tu piel.
>
> Así que no sientas culpa si tus ojos chispean, porque eso también cura y tu bebé lo sabrá entender.
>
> Instinto, calma y alas al tiempo, porque volará.

Con esta carta quería cerrar el libro, porque en su día la escribí como un abrazo al posparto, que es, nada más y nada menos, que el final de una de las etapas más mamíferas que atravesará tu cuerpo y el principio del resto de una vida, o de varias a la vez.

Agradecimientos

Adoro sentir gratitud, dicen que es una de las claves de la felicidad. Allá voy.

Quiero empezar por ella, que fue motor de mi motivación para emprender camino en redes sociales y pronto se convirtió en pura inspiración. Gracias, Esther (@mienfermerafavorita), por estar tan cerca y quererme tan bonito.

Gracias, Virginia e Inés, mis editoras, por creer en mi proyecto y acompañarme con tanta paciencia y cercanía.

A mi matrona de este parto, Diana (@dianamatrona), gracias por darme la confianza que necesitaba. Eres un espejo en el que mirarse.

Gracias a mi familia, que creyó tanto en mí que me sentí brillando. Y a mi amor, por no soltarme de la mano a pesar del tiempo robado.

Gracias a las compañeras con las que he trabajado y trabajo, soy un poquito de cada una de vosotras.

A vosotras, las verdaderas protagonistas de este libro, que me enseñáis cada día cómo se surfean las olas de vuestros mares, cómo se capean las tormentas de la vida y cómo siempre acaba volviendo la primavera. Gracias por regalarme tantas bienvenidas y tanta oxitocina. Es un placer acompañaros, ahora también por escrito.

El arte de crearte
Rocío García-Viso

La lectura abre horizontes, iguala oportunidades y construye una sociedad mejor.
La propiedad intelectual es clave en la creación de contenidos culturales porque sostiene
el ecosistema de quienes escriben y de nuestras librerías.
Al comprar este ebook estarás contribuyendo a mantener dicho ecosistema vivo y en crecimiento.
En Grupo Planeta agradecemos que nos ayudes a apoyar así la autonomía creativa de autoras y autores para que puedan seguir desempeñando su labor.
Dirígete a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos) si necesitas reproducir algún fragmento de esta obra. Puedes contactar con CEDRO a través de la web www.conlicencia.com o por teléfono en el 91 702 19 70 / 93 272 04 47.

Diseño de la cubierta: Planeta Arte & Diseño
Diseño del interior: María Pitironte

© Rocío García-Viso, 2024
© Editorial Planeta, S. A., 2024
Espasa es un sello editorial de Editorial Planeta, S. A.
Av. Diagonal, 662-664, 08034 Barcelona
www.planetadelibros.com
www.espasa.com

Espasa, en su deseo de mejorar sus publicaciones, agradecerá cualquier sugerencia que los lectores hagan al departamento editorial por correo electrónico: sugerencias@espasa.es

Primera edición en libro electrónico (epub): febrero de 2024

ISBN: 978-84-670-7285-3 (epub)

Conversión a libro electrónico: Realización Planeta

¡Encuentra aquí tu próxima lectura!

Libros de autoayuda

¡Síguenos en redes sociales!